

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1933.

N° 16

Contribution à l'Etude
du
Traitement chirurgical
du
Placenta Praevia

—•X•—
THÈSE

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 1933

PAR

PAUL JOURDAN

Né à Bir-Rabalou (Alger) le 11 Août 1906

—•X•—
MEMBRES DU JURY:

MM. LAFFONT, Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du 1 ^{er} âge.....	<i>Président.</i>
CABANES, Professeur d'Anatomie Médico-Chi- rurgicale et Médecine Opératoire.....	} <i>Juges</i>
HOUEL, Agrégé (Obstétrique).....	
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	

La Typographie d'Art
7, rue Sadi-Carnot - ALGER
Téléphone 29-33

—•X•—
1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Etude
du
Traitement chirurgical
du
Placenta Praevia

—•X•—
THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 1933

PAR

PAUL JOURDAN

Né à Bir-Rabalou (Alger) le 11 Août 1906

—•X•—
MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, Professeur de Clinique Obstétricale et Puériculture du 1 ^{er} âge.....	<i>Président.</i>
CABANES, Professeur d'Anatomie Médico-Chi- rurgicale et Médecine Opératoire.....	} <i>Juges</i>
HOUEL, Agrégé (Obstétrique).....	
FERRARI Agrégé (Chirurgie).....	

Doyen	MM. LEBLANC (*, †, I, U).
Doyen Honoraire.....	HERAIL (*, I, U),
Assesseur.....	GILLOT (I, U).

PROFESSEURS

Clinique Ophtalmologique.....	MM. CANGE (* I, U).
Clinique médicale et hygiène infantile.	GILLOT (I, U).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (* †, I, U).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (*, †, I, U).
Clinique obstétricales et puériculture du premier âge.....	LAFFONT (*, †, I, U).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie.....	LOMBARD (*, †, I, U).
Clinique médicale.....	AUBRY (*, †, I, U).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, †, I, U).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I, U).
Chimie biologique et médicale.....	MAILLARD (*, I, U).
Hygiène, hydrologie et climatologie...	N...
Physiologie.....	TOURNADE (O, *, †, I, U).
Pharmacie.....	MUSO (I, U).
Médecine légale.....	GIRAUD (*, †, I, U).
Anatomie.....	LEBLANC (*, †, I, U).
Microbiologie et cryptogamie.....	PINOY (*, I, U).
Physique médicale.....	PORTES (*, †, I, U).
Anatomie médico-chirurgicale et méde- cine opératoire.....	CABANES (*, †, I, U).
Parasitologie et zoologie médicale....	SENEVET (*, A, U).
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie.....	WUNSCHENDORFF (I, U).
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (A, U).
Pathologie générale et pathologie mé- cale.....	POROT (I, U).
Thérapeutique.....	LEBON (*, †, A, U).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (†), agrégé (histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I, U). M. HERAIL (*, I, U).

CHARGES DE COURS

Enseignement théorique des élèves MM. FUSTER (*, †, I, U).
sages-femmes.....
Clinique d'oto-rhino-laringologie.... H. ABOULKER (*, †).

AGRÈGÉS

Chirurgie.....	{	MM. DUBOUCHER (I, U).
		FERRARI (I, U).
Médecine.....		MOGGI (*).
Physiologie.....		N...
Anatomie.....		HERMANN (†, A, U).
Chimie médicale.....		RIBET (†, A, U).
Obstétrique....		N...
Histoire naturelle pharmaceutique...		HOUEL (*, †, A, U).
		N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie... M. BATTEZ.

NOTA. — La faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
probation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs.



A MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

Je dédie ce travail, faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance. C'est à leur vie de dévouement et de sacrifices que je dois tout.

A MES FRERES ET A MA SŒUR

Témoignage affectueux de mon fervent amour fraternel.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LAFFONT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté d'Alger

Je remercie le maître de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse qu'il a inspirée.

Qu'il trouve ici le faible hommage de la reconnaissance que je lui dois et le témoignage de mon entier dévouement.

A MES JUGES :

A Monsieur le Professeur CABANES

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur d'anatomie médico-chirurgicale
et médecine opératoire

A Monsieur le Professeur agrégé FERRARI

Hommage respectueux et reconnaissant pour leur bienveillante attention à notre égard.

A Monsieur le Professeur agrégé HOUEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de gratitude pour son accueil toujours bienveillant, dont nous conserverons le meilleur souvenir.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

SERMENT

Par Apollon le médecin et par Esculape, par Hygie et Panacée, que je fais mes juges, je jure que je tiendrai mon serment tant que jugement et discernement seront mon apanage. J'estimerai à l'égal de mes parents celui qui m'a enseigné son art; il sera mon associé dans la vie, et s'il tombe dans le besoin, je partagerai avec lui mes moyens d'existence. Je regarderai ses fils comme mes frères et s'ils désirent l'apprendre, je leur enseignerai cet art sans charge ou condition.

J'instruirai par des règles, par entretiens, et par tous les moyens possibles, mes fils, les fils de celui qui m'a formé et les disciples qui se sont engagés par serment et par contrat à respecter les lois de la médecine, à l'exclusion de toute autre personne.

Je prescrirai le régime qui, d'après ma science et ma raison, sert au bénéfice des malades, les gardes du mal et des choses nuisibles. A aucun ne donnerai-je une drogue mortelle, même s'il la demande, ou n'offrirai-je un conseil en ce sens. A aucune femme, non plus, ne donnerai-je un médicament destructeur, mais innocentes et saintes, garderai-je ma vie et ma profession.

Dans quelque maison que j'entre, ce sera pour le bénéfice des malades. Je m'abstiendrai de tout mal volontaire, de toute corruption, de toutes relations interdites avec les femmes, les affranchis ou les esclaves.

Je garderai silence sur le secret des familles, et sur toutes les choses que je pourrai apprendre dans l'exercice de ma profession, les considérant indignes d'être révélées.

Et maintenant, si j'accomplis ce serment, puissent les fruits de la vie et de l'art m'être dispensés. Puissé-je être honoré de tous les hommes, de tous les temps, et que le contraire arrive si je viole mon serment et que je suis parjure.

INTRODUCTION

Vers la fin du siècle dernier, la chirurgie enhardie et renouvelée s'est attaquée avec des résultats de plus en plus brillants à toutes les régions et à tous les organes. Elle a créé une infinité de techniques nouvelles, les a sélectionnées et portées à un degré de précision voisin de la perfection.

Les découvertes de Pasteur et les travaux de Lister, en effet, firent faire à la chirurgie obstétricale, funeste jusqu'alors, des progrès immenses. Depuis, les méthodes se perfectionnèrent encore, donnèrent des résultats de plus en plus merveilleux et les interventions chirurgicales prirent une place prépondérante en gynécologie et en obstétrique, supplantant beaucoup de procédés non chirurgicaux moins efficaces.

C'est ainsi que la chirurgie obstétricale en général et la césarienne en particulier, désastreuses jusqu'en 1890, s'améliorèrent rapidement pour devenir courantes à l'heure actuelle et presque sans danger. Appliquée au placenta praevia, dont elle élargit le cadre du traitement, la césarienne constitue pour beaucoup une méthode de choix que quelques rares adversaires se refusent à admettre comme procédé satisfaisant et dont le nombre des partisans est journellement croissant.

Très nombreuses en effet ont été les publications parues au sujet de la valeur de ce traitement chirurgical qui fut d'ailleurs longuement discuté au cours de plusieurs congrès et qui sera l'objet du prochain congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française de 1933. Cette question du traitement chirurgical des

placenta praevia, encore controversée, voit disparaître l'hostilité qu'elle souleva au début. C'est en relisant quelques-unes parmi les dernières que nous essayerons dans ce travail de voir quelles sont les conclusions auxquelles sont arrivés les différents auteurs qui ont traité de la thérapeutique du placenta praevia, quels sont leurs arguments défendant ou repoussant cette méthode.

Le plaidoyer que nous allons faire en faveur de l'extension de la chirurgie obstétricale n'est pas dirigé contre les anciennes méthodes obstétricales, qui suffisent dans les cas bénins de placenta praevia, mais pour un emploi plus fréquent et mieux appliqué des procédés chirurgicaux dans le traitement de l'insertion vicieuse; et notre travail n'est qu'un essai basé sur une statistique pour tâcher de préciser les indications des procédés opératoires et leur choix appliqué aux différents cas, car grandes sont la difficulté et la délicatesse de la thérapeutique chirurgicale des praevia.

Le parallèle entre procédés obstétricaux et chirurgicaux n'a été établi ici que pour permettre la comparaison et pour essayer de mettre en valeur les interventions chirurgicales dans les cas où elles se trouvent indiquées et dans ceux-là seulement (cas graves ou supposés devoir le devenir après examen général minutieux et approfondi) et pour démontrer la nécessité du traitement chirurgical comme complément du traitement obstétrical dans les cas d'insertion basse.

Notre travail se base sur l'étude critique de 154 cas observés en série continue de 1924 (année qui vit appliquer la césarienne au praevia à la Maternité d'Alger) à 1932, dans le service de clinique obstétricale de M. le professeur A. Laffont.

Depuis une quinzaine d'années à peine, en effet les interventions chirurgicales ont leurs indications dans

le placenta praevia et d'ailleurs le traitement évolue actuellement de plus en plus dans cette voie. C'est la thérapeutique qui est la plus en faveur auprès de tous les obstétriciens, mais en réalité la chirurgie de l'insertion basse a des indications précises et ne doit pas être appliquée systématiquement à tous les cas. Pour nous, vue la littérature parue pendant ces dernières années (1925 à 1932) et les observations recueillies à la Maternité d'Alger, nous nous rallions à ceux qui font grande confiance à la supra-symphysaire dans la majorité des cas graves ou susceptibles d'aggravation. Les statistiques nouvelles d'ailleurs plaident en sa faveur. Sans toutefois être toujours justiciable du bistouri le traitement du placenta praevia tire cependant le plus grand bénéfice des procédés chirurgicaux. C'est ce que nous nous efforcerons de démontrer; le placenta praevia est une dystocie éminemment chirurgicale et du ressort du médecin spécialiste. Aussi pouvons-nous citer en tête de ce travail les phrases de Peralta Ramos et Julio Basan.

« Il y a dans le chapitre intéressant et complexe du
« traitement du placenta praevia un point vers lequel
« doivent tendre toutes nos préoccupations: améliorer
« les statistiques en suivant de près et en adoptant les
« acquisitions que nous fournit le perfectionnement de
« la chirurgie obstétricale. L'expectative est encore trop
« souvent employée dans l'insertion vicieuse. L'analyse
« des différents procédés dont nous disposons pour lut-
« ter contre l'hémorragie placentaire, essayant par tous
« les moyens possibles de sauver non seulement la mère
« mais aussi le fœtus, aboutit à la tendance presque
« exclusive de recourir à l'intervention chirurgicale
« par opération césarienne, exception faite de quelques
« cas de localisations marginales ou latérales et de
« circonstances spéciales.

« On tâchera par tous les moyens possibles que tous

« cas de placenta praevia soient envoyés à des cliniques particulières ou hospitalières, où sont réunies les sécurités nécessaires à toutes interventions chirurgicales.

« On s'efforcera aussi d'inculquer, autant au médecin praticien qu'à la sage-femme, la nécessité de s'abstenir de pratiquer le toucher à toute femme enceinte qui a des hémorragies dans les derniers mois de la grossesse parce que 90 % au moins des pertes répond à l'insertion basse du placenta. »

Et nous terminerons par cette autre phrase d'Audebert et Estienney (Gynecologie et Obst. octobre 1932) : « Plus on avance dans l'étude du traitement du placenta praevia et plus on tend à le traiter comme la grossesse ectopique. »

En résumé, *la méthode chirurgicale doit donc tenir à l'heure présente une très grande place dans le traitement de l'insertion vicieuse. Pratiquée dans de bonnes conditions, dans un milieu approprié, et chez des femmes surveillées, elle doit donner d'excellents résultats, susceptibles même d'être encore améliorés par certains modes opératoires. Elle ne saurait cependant supplanter les procédés classiques qui gardent leurs avantages chez certaines multipares à col souple autant dire dans les cas bénins. Sans s'opposer à ces procédés, qu'elle vient heureusement compléter, la méthode chirurgicale constitue d'ores et déjà un incontestable progrès sur les techniques d'autrefois. En s'attachant à faire le diagnostic précoce des insertions vicieuses d'une part, en s'efforçant d'appliquer judicieusement les deux traitements que nous allons étudier, il y a tout lieu d'espérer qu'on obtiendra bientôt les résultats les plus satisfaisants dans l'insertion basse du placenta sur le segment inférieur.*

LE PLACENTA PRAEVIA

L'insertion vicieuse du placenta se caractérise par l'attache de l'organe au segment inférieur, c'est-à-dire que toutes les fois que le placenta s'insère à moins de 7 centimètres de l'orifice interne du col, il y a insertion vicieuse.

Il est des praevia, dits « anatomiques », ne se manifestant par aucun signe. Nous ne nous en occuperons donc pas.

On trouve le placenta pathologique, c'est-à-dire se manifestant par des signes graves, une fois par 150 accouchements environ dans les cliniques et les hôpitaux et plus rarement en clientèle (un pour 250 d'après les classiques). Il est plus fréquent chez l'Européenne (15 %) que chez l'Indigène (9 %). Il est 9 fois plus fréquent chez la femme européenne que chez l'indigène quant à la gravité. (Thèse Sesini, Alger 1928).

Sur 6.084 accouchements pratiqués à Alger de 1924 à 1932 inclus nous avons relevé 154 cas de placenta praevia, ce qui nous donne un pourcentage global de 2,5 %.

Dans ces 154 cas, il n'y eu que 91 cas qui nécessitèrent une thérapeutique vraiment active, ce qui ramène en réalité le pourcentage de la grande dystocie à 1,5 % environ, pourcentage qui correspond à ceux de :

DESIOUBRY (Thèse 1925) 157.319 accouchements, pourcentage 1,14 %

BUGSAN, stat. Baudelocque (Thèse 1927) 27.575 accouchements, pourcentage 2,16 %

TURENNE, statistique, 26.000 accouchements, pourcentage 2,80 %

SEINI (stat. Alger 1900-1925) 6.413 accouchements, pourcentage 1,65 %

Cliniquement, le décollement prématuré des cotylédons les plus déclives en rapport avec le segment inférieur donne lieu à des hémorragies souvent répétées pendant la grossesse et au cours de l'accouchement, au point que Tarnier a dit: « S'il fallait résumer d'un mot toute l'histoire de l'insertion du placenta sur le segment inférieur, ce mot serait hémorragie. » 105 fois l'hémorragie fut répétée ou abondante et 49 fois unique ou continue.

Ces hémorragies, du 6^e au 9^e mois, constituent le symptôme capital que nous avons pris comme critère dans l'établissement de notre statistique. Elles apparurent 27 fois dans les 6 premiers mois et 127 fois dans les 3 derniers. Elles peuvent survenir :

pendant la grossesse, en pleine santé, sans cause apparente, sans douleur, souvent la nuit, affirmant l'hémorragie externe. La première perte est rarement abondante, mais l'hémorragie le plus souvent récidive: c'est l'hémorragie à répétition. Elle est de plus en plus fréquente, à intervalles de plus en plus rapprochés, et se fait de plus en plus abondante. Sur 154 cas de praevia, 12 fois seulement nous avons noté des hémorragies de la grossesse ne se répétant plus pendant la parturition.

Ces hémorragies de la gestation, qui ne se reproduisent pas pendant le travail ou la délivrance, ne nécessitent à aucun moment un traitement quelconque. Malheureusement il est impossible d'en faire le diagnostic d'avec les hémorragies qui se reproduiront.

pendant le travail ces pertes de sang sont le plus souvent continues avec exacerbations. Nous

n'avons noté que 11 cas d'hémorragies du travail, dont 6 furent graves.

pendant la délivrance, rares sont les praevia qui se signalent par une hémorragie unique, souvent très grave. Nous en avons observé 8, dont 3 furent graves.

La femme atteinte d'un placenta praevia peut donc saigner pendant l'une de ces trois périodes, pendant deux seulement ou durant la grossesse, le travail et la délivrance. Nous avons noté :

19 hémorragies de la grossesse et travail,
68 pendant grossesse, travail, délivrance,
21 pendant travail et délivrance,

ce qui, ajouté aux 14 cas du groupe I (interruption de la grossesse avant le travail) nous donne 154 cas.

En dehors de l'hémorragie, il y a beaucoup d'autres signes de présomption qui orientent également le diagnostic de placenta praevia :

- la multiparité (2/3 des cas d'après les classiques) sur 154 cas : 36 primip. 118 multip.
- les antécédents d'endométrite (6 cas typiques);
- l'accouchement prématuré (92 fois sur 887 cas, *Sesini*, et 60 fois sur 154 dans notre statist.);
- la rupture prématurée des membranes (19 cas);
- le degré d'anémie (5 cas typiques)

sont autant de signes qui feront penser à un praevia. Il y a encore :

- l'excès de liquide amniotique (3 cas);
- la déviation du col et de l'utérus;
- le défaut d'engagement pendant le travail;
- une présentation vicieuse au dernier mois (3 sièges, 2 épaules, 4 procidences du cordon).

Sur 887 cas Sesini avait trouvé 23 sièges, 21 épaules, 2 fois la face et 24 procidences du cordon;

- la mort de l'enfant constatée par l'auscultation ;
- une malformation utérine;
- la sensation d'une partie foetale restant élevée, mobile et difficile à atteindre (5 sur 154);
- et enfin, parfois, en un point du segment inférieur un empâtement, une masse spongieuse: c'est le phénomène inconstant du matelas de Gendrin (3 cas typiques);
- quelquefois sensation d'épaississement du segment inférieur avec bourrelet vaginal et pòuls veineux

sont également des signes importants de diagnostic qu'il ne faut pas méconnaître. Les indications qu'ils donnent sont précieuses et peuvent décider sa conduite à l'accoucheur, car pendant le travail il est quelquefois trop tard. Turenne insiste sur la « constatation intéressante à connaître de ces modifications de consistance ou d'épaisseur du segment inférieur que je n'ai jamais manqué de vérifier dans les insertions partielles ou totales ». « Il y a une éducation du toucher qu'il faut acquérir par une pratique constante, mais qui, une fois acquise, permet, particulièrement dans les présentations dures (sommet, front, fesses incomplètes) un diagnostic de présomption, voire, de quasi certitude que l'opération corrobore si ce n'est l'évolution clinique qui, par une douloureuse finale, fait se repentir de n'avoir pas donné à ce signe toute sa valeur. »

Mais le diagnostic certain doit être demandé au tou-

cher intracervical à faire avec une extrême douceur pendant le travail et c'est lui qui nous donnera les renseignements les plus utiles à connaître pour le pronostic qui dépend de la variété d'insertion. En effet, l'insertion du placenta sur le segment inférieur peut être :

centrale, donnant la sensation de chou-fleur et saignant dès qu'on touche le placenta recouvrant (40 cas de placenta centraux ou centraux partiels). Dans ces cas il y a élévation et grande fixité du col qui, lorsqu'on le mobilise, déclanche une hémorragie parfois grave (5). De plus, il y a hauteur anormale de la présentation et sensation d'un matelas entre le col qui se présente et le doigt. C'est la variété la plus justiciable du traitement chirurgical;

marginale, l'insertion peut ne présenter que peu de signes. Cependant, le plus souvent, on sent les bords du placenta et parfois un cotylédon. Ce sont, nous le verrons, les cas intermédiaires de cette variété qui rendent hésitante la décision opératoire de l'obstétricien. Nous avons noté 59 cas de cette variété : à vrai dire, une moitié n'était pas typique ;

latérale, l'insertion se manifeste ordinairement par des signes légers : les membranes, accessibles au toucher, sont rugueuses. C'est la variété la plus bénigne, où les procédés obstétricaux trouveront leur application, sans danger pour la mère, à moins que d'autres facteurs ne la compliquent.

Le placenta praevia est une affection relativement peu fréquente et dont le pronostic, très sombre jadis, s'est amélioré du fait des perfectionnements des techniques

obstétricales et chirurgicales et de l'emploi de plus en plus fréquent des toniques généraux, des médications supplétives (sérum physiologique et de Normet, etc...) et de la transfusion sanguine.

La mortalité maternelle est de 5 à 10 % en moyenne et la mortalité foetale de 40 à 60 %. Hitchman sur une statistique portant sur 6.000 cas trouve 20 % de mortalité maternelle en clientèle et 6 % en clinique ou hôpitaux. Nous relevons dans la thèse de Sesini, Alger 1900-1925, 12 % de mortalité maternelle et 60 % de mortalité foetale, sur 145 placenta praevia où il fallut intervenir. Pour nous, sur 154 cas recueillis de 1924 à 1932, nous relevons 14 morts maternelles et 67 décès d'enfants, soit 9 % de mortalité maternelle et 44 % de mortalité foetale.

C'est la variété de l'insertion qui fait surtout le pronostic, l'insertion centrale étant responsable de 20 % des cas de mort (sur 14 décès 8 cas d'insertion centrale).

Le diagnostic de placenta praevia est souvent une chose délicate. C'est pourquoi nous avons rappelé rapidement ses symptômes cardinaux pour montrer que, si la conduite à tenir est délicate, le diagnostic préalable l'est tout autant au moins dans la moitié des cas (R. Battele : Etude Critique des signes du diagnostic et du traitement du placenta praevia, Montpellier Médical 2 : 55/68-15/6/32).

Pendant la grossesse on évitera de confondre l'hémorragie du placenta praevia :

- avec celle qui provient des organes génitaux externes ou du vagin (traumatisme, déchirure de varice génitale, etc...) qu'un examen direct soigneux éliminera ;
- avec l'hémorragie qui vient du col, due à un cancer du col, un polype, des ulcérations mé-

tritiques, un fibrome du col ou du segment inférieur (masse irrégulière plus dure que le placenta).

Si l'hémorragie est utérine on fera la différence d'avec :

- le décollement prématuré du placenta normalement inséré, dont l'hémorragie est surtout interne, l'anémie aiguë, l'écoulement externe peu abondant, l'utérus volumineux et dur ;
- l'endométrite hémorragique dont les pertes se font dès le premier mois avec hydrohématorrhée ;
- la môle hydatiforme dont l'hémorragie se produit pendant la première moitié de la grossesse avec un utérus trop volumineux pour l'âge de la gestation ;
- enfin avec l'hydrorrhée déciduale, caractérisée par un liquide rosé.

Pendant le travail, l'hémorragie devra être différenciée d'avec :

- le décollement prématuré du placenta normalement inséré ;
- la rupture utérine ;
- les déchirures du col, du vagin, les ruptures de varices, etc..

Au toucher intra-utérin, à pratiquer avec douceur et le moins possible on ne prendra pas pour un cotylédon :

- un bourgeon cancéreux qui fait partie du col et dont la consistance est plus dure ;

un caillot ayant glissé au niveau du col et qui sera plus friable et s'effritera sous le doigt ;

- enfin, on ne fera pas la confusion avec le placenta praevia par glissement, affection très rare et de diagnostic très difficile.

Les complications du placenta praevia sont nombreuses et variées, mais deux surtout sont la cause la plus fréquente de la mortalité : l'hémorragie (par inertie ou par rupture) et l'infection. Dans la thèse de Sesini, 235 cas furent suivis de fièvre et 340 fois l'inertie du post-partum nécessita une thérapeutique anti-hémorragique. Notre statistique nous a donné (tous cas compris) 6 morts par infection, 4 morts par déchirure, 3 par hémorragie et 1 par inertie utérine. 20 fois le puerpérium fut fébrile et 16 cas nécessitèrent une transfusion. 45 cas nécessitèrent la pratique de la délivrance artificielle.

De ce court chapitre nous pourrions tirer les conclusions suivantes :

manifestation clinique relativement rare, plus fréquente chez la multipare que chez la primipare, l'insertion basse du placenta sur le segment inférieur doit encore à l'heure actuelle être considérée, non plus comme un cauchemar, comme du temps de Dubois, mais cependant comme une complication redoutable pour la mère et pour l'enfant. L'insertion centrale est de beaucoup la plus grave et la proportion de mortalité qu'elle cause est toujours considérablement plus élevée que celle rencontrée dans les variétés partielles.

Cet exposé sommaire, ce rappel bref, cette étude rapide clinique, statistique, diagnostique et pronostique nous a montré la très

grande diversité des cas, la difficulté et même parfois l'impossibilité d'un diagnostic précis affirmant un praevia. De plus, les signes observés avant le travail ne permettent pas toujours de déterminer la variété de l'insertion, c'est-à-dire le pronostic. Cette constatation nous fait entrevoir la délicatesse du problème de la thérapeutique de l'insertion vicieuse du placenta et met en relief cette conclusion :

« En face de cas paraissant graves ou suspects d'aggravation, intervenir chirurgicalement afin d'éviter de douloureuses surprises survenant pendant ou après la parturition. En face de cas paraissant bénins, mettre tout de même la femme en surveillance dans un milieu approprié, entourée de soins éclairés, donnés par un personnel spécialisé. »

LES PROCÉDÉS OSBTETRIC AUX

Les traitements obstétricaux du placenta praevia sont nombreux. C'est dire qu'aucun n'a satisfait pleinement les accoucheurs. Ils ont encore beaucoup de partisans et plus encore d'adversaires, surtout dans les cas graves où la chirurgie a restreint fortement le cadre de leurs indications.

Malgré ce que dit BALARD « l'accouchement doit être spontané ou chirurgical », nous pensons que, souvent grave pour la mère hormis les cas particulièrement heureux, l'accouchement spontané par les voies naturelles peut être effroyable pour l'enfant. Nous avons noté 46 cas où l'accouchement se fit sans incident fâcheux pour la mère en dehors de 4 cas de morbidité légère et 1 cas qui nécessita une transfusion. Par contre 11 enfants dont 6 de plus de 1.800 grammes décédèrent.

Aussi, vaut-il mieux aider l'accouchement. C'est pourquoi toutes les thérapeutiques tendent à accoucher artificiellement la femme qu'un placenta praevia menace. Le principe général de tous les traitements est l'évacuation de l'utérus, plus ou moins rapide, supprimant l'hémorragie ; et les techniques varient suivant les conditions cliniques.

Nous citerons pour mémoire les traitements médicaux de soutien qui ne sont que des adjuvants précieux permettant de soulager les malades et de diminuer la gravité de leur cas, telles que les injections chaudes et laudanisées, le repos au lit, les médications supplétives (sérum physiologique, sérum de Normet) les stimulants

généraux du cœur et du système nerveux, les antihémorragiques, etc... médications qui sont souvent insuffisantes et qui furent employés de nombreuses fois au cours des 154 cas étudiés. La transfusion elle-même n'est pas une garantie absolue dans les cas graves ; employée 14 fois dans le traitement obstétrical et 3 fois dans le traitement chirurgical, il y eut cependant 10⁷insuccès suivis de mort.

De même les Procédés d'Hémostase Utérine par pinces type Henckel, de Pollosson, par pinces Clamp sont utiles dans les cas urgents ou désespérés, mais il ne faut pas compter sur eux comme sur un moyen efficace (Mourgues « Hémostase utérine par procédés métalliques. Monde Médical, janv. 1931). (Thèse de Schebat, Alger 1930 et publications de Laffont et Larribere, B.S.O.G.P., nov. 1928). Ils peuvent rendre des services au médecin particien qui a été surpris par les circonstances et qui, après échec des procédés obstétricaux, a recours à ce dernier moyen contre une hémorragie persistante. Leur application en temps utile peut sauver des malades. Pratiqué 10 fois ce procédé subit 5 échecs et fut grevé de 3 cas de morbidité maternelle et 7 cas de mortalité foetale.

LE TAMPONNEMENT VAGINAL

Proposé par LEROUX, de Dijon, en 1876, employé par TARNIER et BUDIX pendant l'ère d'asepsie il fut condamné par PINARD et VARNIER et presque abandonné actuellement malgré son action ocitocyttique. Il donne 10 à 40 % de mortalité maternelle et 40 à 60 % de mortalité foetale (d'après les ouvrages classiques).

Ce n'est qu'un pis-aller : il vaut mieux tamponner que laisser l'hémorragie continuer. Il n'agit qu'en favorisant la formation de caillots. C'est à l'heure actuelle un procédé qui permet d'attendre cinq à six heures. « C'est le garot de chirurgie, c'est le doigt que l'on met sur le vaisseau qui saigne. » (LEQUEU).

Le tamponnement vaginal est douloureux, souvent impossible à supporter ; il est inefficace parce qu'il n'arrête rien (employé 12 fois il n'arrêta l'hémorragie que 4 fois et dans les 8 insuccès qu'il subit, (suivi d'autres procédés obstétricaux) on relève 2 cas de mort maternelle et 7 enfants décédés).

De plus, il facilite l'écoulement sanguin au-dessus du point tamponné. Il est dangereux parce qu'il cause la desquamation épithéliale du vagin, provoque une inoculation septique et forme un véritable milieu de culture en vase clos, exposant ainsi à l'infection (1 cas de morbidité par infection locale fut relevé dans notre statistique). Enfin il est difficile à bien faire.

Du reste, ajoute VARNIER « il est déraisonnable de placer un tampon sur un point où l'hémorragie ne se fait pas ». Le tamponnement est inférieur au point de vue des résultats obtenus à toutes les autres méthodes. Il doit être condamné par ce qu'aléatoire pour la mère et néfaste pour le foetus.

OUVERTURE ARTIFICIELLE DE L'ŒUF

L'ouverture artificielle de l'œuf s'effectue par la *déchirure large* des membranes. Elle a l'avantage de supprimer les tractions de celles-ci. Elle fut employée jadis par MAURICEAU, PUZOS et par PINARD pendant l'ère d'asepsie. Son innocuité, son efficacité, sa simplicité ont fait d'elle une méthode très employée, aujourd'hui encore, dans beaucoup de cas. GRINDA, puis JUGE dans sa thèse (Paris 1896) lui attribuent 61 % de succès. Actuellement on pense (C. BUCSAN, thèse inspirée de COUVELAIRE) qu'elle suffit dans les 2/3 des cas. La mortalité fœtale est de 30 à 40 %. La mortalité maternelle est de 6 à 8 % (d'après les Classiques). Notre statistique est beaucoup moins brillante. Employée 63 fois, sur 154 cas elle subit 36 échecs dont 9 cas de mort. Dans 8 cas la rupture des membranes fut associée à d'autres pratiques obstétricales : un seul cas lui est imputable (Observation n° 415, série 3, année 1926) 35 enfants décédèrent dont 29 de plus de 1.800 grammes.

Cependant cette méthode n'est pas toujours possible :

Par exemple dans le cas de placenta prævia central total ou recouvrant où les membranes sont inaccessibles. Dans ce cas AUVARD, déjà perforait les membranes après décollement du placenta.

Elle est mauvaise dans les cols longs et non effacés.

Elle est contre indiquée si l'épaule se présente ou si le fœtus est mort à cause des risques d'infection que court la mère.

Elle favorise la procidence du cordon.

Souvent un ballon doit l'aider à être hémostatique, ce qui augmente encore les risques d'infection.

Elle est défavorable à la version.

Les cas qui justifiaient l'indication de la rupture des membranes furent toujours des variétés de placenta latéral ou éloigné de l'orifice interne du col, c'est-à-dire pour les variétés où l'hémorragie grave ou alarmante est exceptionnelle pendant l'accouchement, mais il peut en être bien autrement pendant la délivrance ou le post-partum, particulièrement si celui-ci est infectieux.

DILATATION ELASTIQUE OU TAMPONNEMENT INTRA-UTERIN PAR BALLON

La dilatation élastique fut employée par CHASSAGNY, BARNES, CHAMPETIER DE RIBES et par BRAUN en Allemagne.

Ces ballons visent en général à pénétrer dans l'œuf (nous ne parlerons pas des ballons introduits dans le vagin pour déclancher le travail ou pour arrêter l'hémorragie). Ils nécessitent donc l'ouverture préalable des membranes. Intra-ovulaires (metreuryisis des Allemands) ils provoquent une excellente hémostase, ils avancent la dilatation, excitent et déclanchent le travail. Ils paraissent donc utiles. Vouloir les placer entre le placenta et la paroi utérine c'est s'exposer à un échec car on a un redoublement de l'hémorragie.

Ils ont donc surtout pour but de tamponner le segment inférieur de dedans en dehors et de hâter la dilatation du col.

Malheureusement ils présentent beaucoup d'inconvénients :

D'abord on ne peut pas se les procurer rapidement et facilement.

De plus ils se conservent mal. Ce n'est donc pas un procédé courant pour un médecin pratiquant loin d'un centre.

Ils ne sont pas faciles à placer surtout si le col est long et fermé. Il faudra donc préalablement dilater le col et nous verrons plus loin les inconvénients de la dilatation manuelle ou instrumentale.

L'hémostase qu'ils créent n'est qu'apparente et tem-

poraire ou même ne pas se produire, surtout lorsqu'on a affaire à un placenta prævia central.

La dilatation qu'ils provoquent est imparfaite, insuffisante ou même inexistante. De plus, quand elle se produit, elle n'est pas assez rapide. Et si, pour obvier à cet inconvénient, on tire sur la queue du ballon on risque de déchirer la paroi du canal cervico-segmentaire.

Le refoulement qu'ils occasionnent sur la partie fœtale à leur contact augmente les dangers d'infection et de mauvaise présentation. Ils menacent donc la vie de l'enfant par compression du placenta et du cordon, à moins que ce ne soit le travail trop long qui le fasse mourir (6 enfants, sur 17 moururent après la pose du ballon : Thèse de C. BUGSAN).

Souvent enfin, on est contraint d'appliquer le forceps pour hâter l'accouchement.

Sur 16 ballons placés après rupture des membranes il y eut 12 insuccès dont 1 cas de mort (Thérapeutique obstétricale associée), 6 cas de morbidité et 13 enfants décédés, de plus de 1.800 grammes.

En résumé, le ballon menace l'enfant, agit comme divulseur du col et comme excitateur de la fibre utérine et expose ainsi à la déchirure du col et à la contracture du corps, ne mettant pas les femmes à l'abri des hémorragies de la délivrance. Nous le réserverons aux cas où la mère est en bon état, l'enfant vivant et viable, le col très dilatable ou en train de se dilater.

VERSION BI-POLAIRE PAR MANŒUVRE MIXTE DE BRAXTON HICKS

Cette méthode réalise le tamponnement et la dilatation du col par une partie fœtale. Déjà BARNES déchirait les membranes quand le col était incomplètement dilaté et attirait un pied à la vulve. PORTAL et PUZOS avaient fait de même. BRAXTON HICKS en 1864 rénova et vulgarisa cette méthode qui eut une grande vogue et qui demeure encore à l'heure actuelle, avec la rupture des membranes le procédé le plus en faveur.

Ce moyen d'hémostase combine les effets de plusieurs autres :

Il ouvre les membranes, excite les contractions dilatatrices, dilate mécaniquement le col, comprime les surfaces saignantes par les parties fœtales et accélère l'évacuation.

Il s'agit en somme d'une version exécutée avant l'heure de la dilatation complète et non suivie d'extraction immédiate quoique l'on effectue une traction soutenue sur le membre pelvien.

La mortalité est de 3 à 8 % pour la mère et de 80 % pour l'enfant (Classiques).

Il s'en faut que la version par manœuvre mixte soit toujours d'une exécution commode surtout si primitivement la tête est en bas ce qui est de règle.

De plus, les conditions sont difficiles à réaliser qui tiennent au col, au muscle utérin et aux membranes. Elle doit être pratiquée lentement et permettre en outre d'attendre la dilatation complète. Cependant si la manœuvre est inachevée on peut avoir changé une présentation longitudinale en une présentation de l'épaule.

Cette manœuvre, à cause du « prurigo trahendi » n'est souvent qu'un accouchement forcé déguisé ou mitigé, capable de contusionner, d'œdématiser, voire même de déchirer l'orifice cervical, ce qui favorise les formes nécroisantes et phlébitiques de l'infection puerpérale, d'autant plus que souvent cette grossesse n'est pas à terme c'est-à-dire que l'utérus est plus ou moins en instance de raideur ou de rigidité.

Enfin, si cette méthode sauvegarde la mère elle sacrifie trop souvent l'enfant, dont elle ne tient aucun compte, car le fœtus court tant de risques qu'on renonce d'avance à le sauver, soit qu'une procidence irréductible du cordon aggrave la situation, soit surtout que la compression du placenta, si elle est vigoureuse, y arrête entièrement la circulation ou que, si elle est moins énergique, elle permette de nouveaux décollements, c'est-à-dire de nouvelles hémorragies par glissement et frottement du corps fœtal contre le disque placentaire.

Le grand reproche à lui faire est donc le danger d'asphyxie du fœtus au moment de la descente et du dégagement de la tête dernière. Cette manœuvre est donc bonne pour la mère mais désastreuse pour l'enfant dont elle fait abstraction totale.

Dans la thèse de SESINI, nous relevons que 9 fois sur 83 on fut obligé de placer un forceps sur tête retenue dernière. Dans 3 cas même on eut recours à la basiotripsie. 11 femmes et 51 fœtus décédèrent.

De 1924 à 1932 nous avons noté 27 Braxton Hicks dont 9 insuccès où figurent 7 morts (thérapeutique obstétricale associée) 4 cas de morbidité maternelle. 24 enfants dont 18 de plus de 1.800 grammes, moururent. Cette méthode nécessita 7 transfusions.

DILATATIONS ARTIFICIELLES

Les dilatations manuelles de BONNAIRE et de HARRIS forcent et déchirent le col ou provoquent souvent une infection. LEQUEUX leur attribue 18 % de mortalité maternelle et 48 % de décès fœtaux.

Pratiquée 8 fois elle subit 8 échecs dont un cas de mort (thérap. obst. assoc.) par rupture utérine et un cas de morbidité maternelle. 5 enfants dont 2 de plus de 1.800 grammes décédèrent.

Elles provoquent souvent des hémorragies formidables.

La dilatation artificielle se fait beaucoup plus facilement pendant le travail. Avant cette période elle est dangereuse.

La dilatation instrumentale, — qui peut être réalisée avec différents appareils dont le plus connu et le mieux approprié est le dilatateur de Bossi, — fut pratiquée, jadis surtout, en Italie. Elle est désastreuse pour le col. BAR s'y opposait énergiquement avec juste raison. Elle est abandonnée aujourd'hui. On peut dire que le problème de la dilatation artificielle rapide du col a été jusqu'à présent insoluble. La méthode DELMAS a réalisé en cela un immense progrès.

LE DECOLLEMENT ARTIFICIEL DU PLACENTA OU METHODE DE SIMPSON

BARNES avait proposé le décollement partiel. SIMPSON va plus loin et propose le décollement total du placenta, se basant sur ce fait que les hémorragies persistent souvent après un décollement partiel.

Le décollement artificiel du placenta suivi ou non de son extirpation avant la naissance de l'enfant et avant l'heure de la dilatation, provoque une hémostase par rétraction utérine et ne s'emploie que dans les cas graves seulement et particulièrement quand le placenta est central-total (HOUEL et JAHIER : A propos de 3 cas de plac. praev. traités selon Simpson. S.O.G.A. 1925, 14/2).

Le placenta s'enlève facilement malgré le fœtus. Encore faut-il un col suffisamment dilaté ou dilatable rapidement. C'est une méthode d'extrême exception qui peut rendre de grands services. Elle est malgré tout souvent inefficace et pas toujours possible, devenant dangereuse dans ce cas.

Pratiqué 12 fois le Simpson partiel subit 11 échecs dont 4 cas mortels (thérap. obst. assoc.) 11 enfants décédèrent dont 9 pesant plus de 1.800 grammes. Le Simpson total fut pratiqué 6 fois, 5 fois cette manœuvre fut tentée sans succès comptant 3 morts parmi les mères et 4 parmi les enfants de plus 1.800 grammes. 2 transfusions furent nécessaires.

ACCOUCHEMENT ARTIFICIEL METHODIQUEMENT RAPIDE PAR LES VOIES GENITALES

C'est l'ancien accouchement forcé d'Ambroise PARÉ (1582) de GUILLEMEAU son élève et de MAURICEAU. Il fut repris par PUZOS, puis par TARNIER en 1894. L'accouchement forcé déguisé peut se pratiquer :

- A la période d'expulsion quand la dilatation est complète ; il faut faire vite et appliquer le forceps au besoin ;
- A la première période du travail, quand la dilatation est incomplète : on dilate alors le col rapidement, on rompt les membranes puis on fait une version podalique par manœuvres internes, version dite séparée et on extrait un plus tardivement, à dilatation complète et le plus rapidement possible. On peut dire que la dilatation artificielle et l'extraction rapide ne s'obtiennent jamais sans déchirure. Primipares et multipares sont également menacées : les unes parce que leur segment inférieur n'est pas souple, les autres parce qu'il est trop friable. De plus on provoque souvent une rigidité utérine.

Enfin si le col est long et non dilaté les dangers sont portés au maximum. Cette méthode de traitement est exceptionnelle et ne doit s'employer que si l'on ne peut vraiment pas faire autrement.

Sauf exceptions, et à moins qu'on ne soit forcé par la gravité du cas il faut répudier dans le praevia plus que jamais l'accouchement artificiel méthodiquement

rapide, à moins que le placenta ait été expulsé avant le fœtus auquel cas la célérité jointe à l'habileté pourront peut-être sauver la vie d'un enfant très compromis.

Bien que n'étant pas des cas typiques d'accouchement méthodiquement rapide nous placerons ici l'étude de :

10 cas de forceps comptant 3 insuccès dont
1 mort maternelle et 2 fœtales et 4 cas de
morbidity maternelle.

4 cas de cranioclasie comptant 3 décès
(méth. obst. assoc.) maternels.

1 cas de basiotripsie enfin, suivi de mor-
bidity.

LEVACUATION EXTEMPORANEE DE L'UTERUS SOUS RACHIANESTHESIE EN FIN DE GROSSESSE OU METHODE DE DELMAS

Depuis la publication du 22 février 1928 de DELMAS ce procédé nouveau a eu des partisans enthousiastes. Il consiste dans la rachianesthésie qui provoque la dilatation rapide du col suivie d'une version par manœuvre interne, suivie à son tour de l'extraction plus ou moins aisée.

Chez la femme en travail, la rachianesthésie laisse persister et même renforce la rétractilité du corps tout en supprimant le tonus du col et la contractilité du corps, ce qui est très intéressant en obstétrique. Les difficultés sont beaucoup plus grandes si la femme n'est pas en travail (HARTMANN, Nancy 1931).

L'hémorragie est à peu près nulle dans les cas où tout se passe normalement. Aussi les partisans de cette méthode prétendent-ils que dans les cas de placenta praevia qui saignent au début du travail « elle dépasse toutes les autres méthodes de traitement » et l'un d'eux a dit même « je ne crains plus le placenta praevia » (COLL DE CARRERAS B.S.O.G.P. mai 1929).

Si la rachianesthésie rend plus facile la dilatation du col elle n'est pas sans danger puisqu'elle cause un cas de mort par 250 anesthésies (BRINDEAU : Leçons Clin. Tarnier 1925) JAVNOZON : Placenta praev. et rachianesth. Th. Paris 1931).

Il est sage de restreindre les indications de la rachianesthésie aux cas particuliers dans lesquels elle permet

de réaliser ce que nous permettrait un autre mode d'anesthésie (GUIRAUDEN, B.S.O.G.P. juillet 1928).

Ce procédé, bien que très séduisant quant aux brillantes statistiques publiées, n'est pas à la portée du médecin praticien et Delmas a bien spécifié « qu'entre les mains de compétences improvisées le procédé ne pourrait donner que des déboires. »

Actuellement il est encore trop tôt pour déterminer l'étendue des indications que doit comporter la technique de Delmas. En tout état de cause, l'intérêt que présente le problème auquel elle s'attaque mérite que les recherches se multiplient. La méthode de Delmas vient s'ajouter aux autres et constitue un moyen nouveau dont on aurait tort de se priver, mais elle ne doit pas être considérée comme le mode de traitement idéal de l'insertion basse. (Th. Bicharat, Montpellier, 1930).

D'ailleurs elle n'est pas simple et pas toujours réalisable. Elle ne s'adresse selon l'auteur qu'à « l'obstétricien averti » et il n'y faut faire appel qu'à bon escient, quand on pense que les manœuvres seraient pénibles, longues et peu efficaces avec les autres procédés obstétricaux.

Elle ne supprime pas les risques de déchirure du col et du segment inférieur au cours de la dilatation et de rupture utérine pendant l'extraction.

Elle est contre-indiquée quand le col est œdemacié. M. le professeur Laffont avait insisté (B.S.O.G.P. mars 1929, octobre 1929, octobre 1930) sur la nécessité de l'intégrité du canal cervico-segmentaire dans les cas de rachianesthésie dans les cas de placenta praevia, et le danger de l'hypotension par grosse hémorragie.

Le choc rachianesthésique ne doit pas s'ajouter au choc hémorragique. Il ne faut donc pas de grosses spoliations sanguines. « Tous risques compris ne vaudrait-il

pas mieux, si on décide la rachianesthésie, pratiquer une césarienne qu'un Delmas ?... » (VANWAERTS, *Echo Médic. du Nord*, octobre 1931).

La méthode de Delmas fut employée une fois avec succès pour la mère, à qui on pratiqua une transfusion. (Observ. 4788, Sér. IV, année 1932). L'insertion était centro-partielle. L'enfant prématuré ne put être ranimé.

Il serait prématuré de conclure sur la valeur de ce procédé, qui est bien supérieur aux autres modes de dilatation artificielle. En tout état de cause ses indications devront toujours être portées par un obstétricien expérimenté.

CRITIQUE GENERALE DES METHODES OBSTETRIQUES

Telles sont les différentes méthodes obstétricales de traitement du placenta praevia, dont nous avons un rapide exposé pour montrer qu'elles ont autant, sinon plus, d'inconvénients que d'avantages et qu'elles résolvent rarement les difficultés auxquelles on les oppose. Bien plus, elles posent quelquefois, à la suite de leur emploi, un problème nouveau que souvent la chirurgie doit résoudre.

Des critiques rapidement exposées pour chacune des méthodes une constatation s'impose: c'est l'insuffisance fréquente et le danger des procédés obstétricaux, que Turenne appelle « les méfaits de la légende de l'inocuité de la voie vaginale en pratique obstétricale ». C'est là, comme il fallait s'y attendre, le premier argument et non le moindre des partisans des traitements chirurgicaux. Le traitement obstétrical classique doit être limité aux cas où le placenta est éloigné du col et dont l'évolution du travail est avancée, rendant possible la terminaison sans traumatisme cervical placentaire ou foetal. (Turenne. *Gynec et Obst.* XXII. 1930).

Enfin, le fait seul qu'il est impossible souvent de fixer le siège du placenta et d'éliminer avec certitude la variété recouvrante plaide déjà en faveur des procédés chirurgicaux, car les méthodes obstétricales sont fréquemment en défaut, sinon complètement inefficaces dans ces cas particulièrement graves. (Brouha. *Liège Médical*, 15 mars 1931).

Nous venons d'examiner les critiques spéciales que l'on peut faire à chacune des méthodes obstétricales en particulier: elles sont déjà nombreuses et suffisantes, mais n'entraîneraient peut-être pas, si les *critiques d'ordre général* qu'on peut leur faire n'étaient convaincantes: les méthodes classiques de traitement du placenta praevia ne tiennent pas suffisamment compte, en effet, du mécanisme intime des accidents dont les complications généralement imprévisibles (adhérence placentaire, fissure, etc...) réclament ensuite une intervention chirurgicale à laquelle il aurait mieux valu avoir recours de suite (R. BATTLE, *Montpellier Médical*, étude crit. des sympt., du diagn. et de la thérap. du plac. praev. 15 juin 1932). Nous visons particulièrement la longueur de l'accouchement, le choc, les traumatismes, l'hémorragie et l'infection.

Un des sérieux inconvénients de l'intervention par voie vaginale dans les cas graves réside dans l'impossibilité d'apprécier le *temps* nécessaire pour terminer l'accouchement et l'importance de l'hémorragie inévitable qui l'accompagnera. Le facteur temps a une valeur bien supérieure à celle qu'on lui assigne habituellement. Quand il se prolonge et que l'on pratique sous anesthésie, les risques de celle-ci s'accumulent (shoc, acidose, insuffisance hépatique). Si l'on n'anesthésie pas, le traumatisme psycho-physique est on ne peut plus grave chez les femmes qui ont besoin de toutes leurs réserves pour en échapper. Il est évident qu'avec une grande expérience et rapidité de décision on peut faire de vrais *escamotages*. « Chez des grandes multipares j'ai pu compléter la dilatation cervicale et faire une extraction podalique ou une version interne en 5, 3 et même 2 minutes, mais combien de fois sous une pluie de sang. » (Turenne).

Les procédés chirurgicaux par leur rapidité évitent toute perte de temps mortelle. La rapidité d'une intervention obstétricale est trop dangereuse pour qu'on la recherche.

Après la question de la longueur de l'accouchement vient celle des accidents de *shock*.

Très souvent on ne rencontrerait pas ce genre de phénomène si l'on empêchait par la césarienne l'hémorragie qui y prédispose. Aussi SELLEHEIM avait-il raison de dire que « dans le placenta praevia il fallait supprimer l'acte parturitif pour éviter ces accidents. »

Un sujet succombe parfois faute de quelques centimètres cubes de sang, parce qu'il est au seuil de l'hémorragie. Aussi la prophylaxie du *shock* doit-elle être pratiquée de plus en plus par la transfusion dans les cas de placenta praevia.

Ces phénomènes de *shock*, diversement interprétés par VOLMAT et DEMANET, ne sont heureusement pas fréquents, mais leur gravité est redoutable. Et l'arsenal de la thérapeutique moderne ne les jule pas toujours.

Nous en avons observé un cas où le placenta praevia était associé à une apoplexie utéro-placentaire, et nous en avons relevé quelques-uns dans la thèse de Sesini (page 108, n° 151, page 103, n° 4, etc...)

La dilatation manuelle et surtout instrumentale, le ballon de CHAMPETIER DE RIBES, la manœuvre de BRAXTON HICKS, etc..., ne tenant pas compte de la fragilité du segment inférieur et de l'utérus altéré dans les cas de placenta praevia, amorcent et favorisent par les *traumatismes* qu'elles provoquent les fissures et exposent aux ruptures utérines.

Les déchirures du col, les ruptures du segment inférieur ne sont pas toujours le résultat de manipulations inconséquentes. Elles sont liées à des conditions anatomiques et physiologiques, ce qui est démontré par le fait que ces ruptures sont plus souvent observées dans les cas d'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur qu'autre part. (KREISS, Gynec. et Obst., août 1928).

« Ces cols malades de cervicites ou porteurs de vieilles cicatrices d'accouchements antérieurs éclatent facilement au passage du fœtus par un orifice qui nous parut complètement dilaté — et qui peut-être le fut — mais se rétracta pendant l'extraction. Quelle que soit l'explication du fait, celui-ci est certain, et nous savons tous comment saignent les cols déchirés si cette lésion est voisine du segment inférieur vascularisé à l'extrême par l'insertion du placenta. Et chez ces femmes, où l'on doit épargner les gouttes de sang, pourrions-nous nier que cette minime hémorragie finale comble les défenses presque épuisées. Cette question représente un des aspects les plus obscurs du problème clinique. » (Turenne, Gynec et Obst. XXII 1930).

Sur 12 cas de mort attribuable au traitement obstétrical et 1 cas attribuable au traitement mixte, nous relevons 6 déchirures du col s'étant propagées au segment inférieur. Ce sont les observations n° 415, année 1926, 1280, année 1927, 1.709, année 1929, 775, et 1.568, année 1930.

Quelle que soit la théorie pathogénique que l'on adopte, distension trop grande du segment inférieur par rapport au placenta (disharmonie de croissance de BARNES), glissement, chorions décollant le placenta (PIDARD), *l'hémorragie* qui survient à la fin de la grossesse ou au début du travail est due à l'insertion du placenta sur le

segment inférieur. Les partisans de la chirurgie, en ne laissant pas entrer la femme en travail, évitent la formation du segment inférieur et l'hémorragie du même coup. Chose que ne peuvent pas faire les procédés obstétricaux (DESIOUBRY. Thèse inspirée de BRINDEAU, Paris 1925). Hémorragie et infection sont les facteurs responsables des résultats de certaines statistiques où prédominent les méthodes non chirurgicales.

Sur 14 décès obstétricaux par placenta praevia nous avons noté 2 cas d'hémorragie typique, dont 1 a provoqué des accidents de shock et 1 troisième cas où l'hémorragie était due à une inertie utérine, et 5 autres cas où elle était due à une rupture du segment inférieur.

Une des multiples causes de ces hémorragies du travail et de la délivrance est l'*atonie du segment inférieur* et du corps de l'utérus qui ne permettent pas la ligature physiologique des sinus restés béants. (Observ. 8967, année 1925). En intervenant avant le travail (césarienne prophylactique de BAR) on évite ainsi ces redoutables phénomènes du postpartum et, seule, la chirurgie est capable de donner ces résultats. Sur 154 cas d'inertie utérine, 40 reconnaissent le placenta praevia comme cause (Th. Sesini, p. 36) et 340 fois, sur 887 placenta praevia, il y eut inertie du postpartum, ayant nécessité l'institution d'une thérapeutique antihémorragique.

La pénétration placentaire, les migrations d'éléments fœtaux, l'abondance de la vascularisation, sont, avec la minceur de l'organe, des causes suffisantes pour expliquer la *fragilité* du segment inférieur. Or, précisément, le gros danger que représente la friabilité du segment inférieur au cours du placenta praevia, n'est pas évité par les méthodes obstétricales, surtout quand l'enfant est gros (sur 14 décès maternels, 6 enfants pesaient 4 kilogs environ).

Au cours des traumatismes des manœuvres employées de nombreuses lésions sont produites sur le segment

inférieur altéré: dissociation de fibres musculaires, et même fissures véritables, donnant des hémorragies tardives. Nous avons noté une observation où une déchirure légère du segment inférieur se remit à saigner six jours après. (Observ. 374, série IV, 1930).

La césarienne, au contraire, a le double avantage de supprimer les manœuvres sur l'œuf et sur le col, toujours dangereuses, et d'empêcher les hémorragies, cause de l'anémie, facteur elle-même d'infection.

L'*Endométrite* de la région, souvent notée au cours du placenta prævia, a pu causer des adhérences placentaires, donnant des accidents de la délivrance. Or, la délivrance artificielle est aveugle. Pratiquée 45 fois, elle nous donna 9 insuccès, dont 6 cas d'infection et 3 cas d'hémorragie mortelle.

Les procédés chirurgicaux sont mieux armés: ils permettent d'observer le segment inférieur et de s'assurer des altérations qu'il présente. De plus, avec les procédés classiques, on risque toujours la reprise souvent très grave de l'hémorragie au moment de la délivrance (cas mortel, n° 8967, année 1925). Cet écueil est évité à coup sûr par les procédés chirurgicaux. Aussi, pourrions-nous poser en principe que toute hémorragie sérieuse, qu'elle soit répétée ou brutale, nécessite une intervention immédiate, cette intervention devant avoir pour but de sauver mère et enfant, et seule la chirurgie est capable de nous la fournir.

Les antécédents d'endométrite, sur 154 cas de placenta prævia, furent notés 16 fois.

Enfin, l'*infection* est l'argument décisif contre les méthodes obstétricales qui ne mettent pas le malade à l'abri de cette grave menace. Dans 22 cas nous avons

noté des suites de couches fébriles et sur 12 décès attribués aux traitements obstétricaux, nous relevons 5 cas d'infection. Ajoutons de suite qu'il est difficile d'éviter l'infection par les méthodes obstétricales, même quand les femmes sont placées dans de bonnes conditions de surveillance.

Cette évolution pathologique du post-partum n'a rien qui puisse nous étonner : il s'agit souvent de multipares porteuses de cervicites qui créent un risque d'infection par contiguïté avec le pôle inférieur de l'œuf; il n'est pas rare qu'il se produise des micro-hémorragies avec rétention entre les membranes et le segment inférieur, de caillots lamelliformes, dont l'asepsie est bien problématique. Très fréquemment ces femmes ont été touchées, on est infructueusement intervenu chez elles. La facilité de contamination ovulaire — même avec œuf intact — après quelques heures de travail, est bien démontrée.

L'anémie que provoque l'hémorragie de l'insertion basse, la rétention de caillots, la plaie placentaire voisinant le milieu septique vaginal, les manœuvres septiques contre l'hémorragie, les traumatismes du canal cervico-ségmentaire ouvrant largement des lymphatiques, font courir de gros risques à la parturiente et sont la cause de l'infection dans les cas d'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, comme le montre la lecture des observations 8.596, année 1925; 2.259, année 1927; 1.429, année 1928; 4.393, année 1929, et 3.814, année 1932.

« Il faut être généreux dans l'appréciation de la septicité; en principe il faut admettre que tout segment inférieur qui a saigné par la présence du placenta est virtuellement, sinon actuellement septique. Méfions-nous donc de l'apyrexie qui souvent n'est que fonction de l'hémorragie effectuée. » (Turenne).

Aussi comprend-on l'importance que prend l'infection dans le choix d'une méthode thérapeutique au cours de l'insertion basse. Même s'il n'y a pas d'infection manifeste, la chirurgie risque beaucoup moins d'infecter que les procédés obstétricaux. Nous dirons plus: elle limite souvent les dangers de l'infection et permet de lutter efficacement contre elle lorsqu'elle est soupçonnée. « Bien des cas, malgré les hémorragies, source d'infection, peuvent être considérés comme suffisamment purs pour être justiciables de l'intervention chirurgicale. » (BALARD, La Puériculture, n° 11, févr. 1930).

OBSERVATIONS

Décès après traitements obstétricaux

ANNEE 1924. *Observ.* 6996, *série II*

Le 20 mai 1924 à 21 heures entre à la salle de travail de la clinique obstétricale du Professeur ROUVIER, une 5^e pare, âgée de 37 ans, enceinte de 8 mois et présentant depuis 2 jours des métrorragies abondantes.

L'examen montre un col perméable, donnant accès directement sur le placenta, avec une présentation du sommet en O.I.G.A. Cet examen provoque une nouvelle hémorragie. On intervient : perforation du placenta praevia central, on va à la recherche du pied antérieur que l'on ramène à la vulve.

La malade est en état syncopal malgré une transfusion de 500 cm. cubes. L'état s'aggrave ; on décide de pratiquer une grande extraction. Des tractions régulières permettent de dégager le deuxième membre. Basiotripsie sur tête retenue dernière, délivrance artificielle, tamponnement utérin. La malade meurt à 23,30 heures.

ANNEE 1925. *Observ.* 8596, *série II*

Le 24 août 1925, à 18 heures, entre exsangue une 8^e gest. 6^e pare indigène de 35 ans, présentant des métrorragies depuis plusieurs jours. L'examen montre un fœtus mort avec sommet en gauche postérieur et placenta centro-partiel. C'est une grossesse au 9^e mois,

Sous anesthésie, décollement total du placenta, suivi de l'abaissement du pied droit, qui est macéré. On y fixe un poids de 1 kg. On pratique une transfusion de 500 cm. cubes. On administre des toni-cardiaques et des stimulants généraux. Une heure après, expulsion spontanée du fœtus, révision de la cavité utérine.

Les jours suivants des signes d'infection grave apparaissent et la malade meurt dans le collapsus le 30 août.

ANNEE 1925. Observ. 8967, série II

Une secondipare, en douleurs depuis la veille, et présentant une assez forte hémorragie, entre d'urgence salle Dubois, le 30 sept. à 20,30 heures. Elle est âgée de 40 ans, sa grossesse est au 9^e mois. Une première hémorragie s'était produite le 15 septembre.

La présentation est en O.I.G.P. non engagée. Le col est effacé, dilaté comme 5 frs. On pratique la rupture large des membranes et on administre de la quinine. Les contractions se manifestent efficientes. L'hémorragie régresse.

Le 1^{er} octobre à 4 heures, à dilatation complète les douleurs cessent, la progression s'arrête ; on décide de terminer l'accouchement par une prise de forceps dans l'excavation, qui se termine à 5,30 heures par l'extraction en O.P. d'un enfant mort du poids de 3,890 gr. L'inertie utérine est absolue. La délivrance artificielle d'un placenta de 500 gr. est opérée au milieu d'une hémorragie abondante. Malgré tous les soins prodigués, la parturiente meurt le même jour.

ANNEE 1926. Observ. 115, série III

Multipare de 27 ans, entrée le 11 juin avant tout début de travail, cette parturiente a encore le 14 une présentation transversale. Le 19, le sommet s'engage. La dila-

tation est à 16 heures comme 5 frs ; à 18,30 heures apparaissent des hémorragies qui n'ont aucune tendance à se tarir et nécessitent la rupture large des membranes. La dilatation n'a pas progressé dans les 24 heures qui suivent. Le 20 juin à 23 heures on fait 1 gr. de quinine. Le 21 juin les pertes sanguines s'apaisent mais la dilatation est stationnaire. On réinjecte 1 gr. de quinine en deux fois. A 13 heures les contractions deviennent efficaces et à 14,30 heures la dilatation est complète. A 15,30 heures un enfant mort du poids de 4,300 gr. est expulsé. Une demi-heure plus tard le placenta suit et après lui une forte hémorragie se déclare.

On fait un tamponnement. On lutte en vain par les moyens médicaux contre l'état d'anémie croissant. L'hémorragie continuant, l'exploration décèle une rupture du segment inférieur. Malgré une transfusion et une administration d'hypophyse la malade meurt à 17 heures.

ANNEE 1927. Observ. 2259, série III

Il s'agit d'une 7^e pare, âgée de 41 ans, au 9^e mois de sa grossesse en état d'anémie aiguë qui rentre à la Maternité le 22 septembre à 11 heures pour hémorragie au cours du travail. La spoliation sanguine, qui a été d'emblée importante, s'est trouvée précédée de 15 jours d'une métrorragie discrète. La présentation est céphalique. Le col dilaté comme 5 frs laisse le doigt arriver sur les cotylédons placentaires. On rompt largement les membranes, on décolle l'arrière-faix que l'on extrait devant la persistance du saignement. On abaisse un pied à la vulve et l'on pratique une 1^{re} transfusion. La malade reprend conscience. L'hémorragie s'apaise. Vers 13 heures les contractions aboutissent à la dilatation complète, mais le fœtus n'est pas expulsé. On en pratique aisément l'extraction malgré son volume (4 kgs). L'hémor-

ragie reprend alors. La révision utérine révèle une déchirure du col à droite, remontant jusqu'au cul-de-sac latéral et permet de vider intégralement la cavité. La pose des pinces de Henckel arrête l'hémorragie, mais l'état général s'altère de nouveau et les signes d'anémie aiguë vont s'accroissant. On fait une 2^e transfusion qui détermine un choc. Vers 15 heures un écoulement sanglant réapparaît : la pince Clamp du côté droit avait glissé. On la remplace immédiatement. L'hémorragie s'arrête complètement. On place néanmoins un tamponnement utéro-vaginal. Le pouls est à 160, la température à 38°2. L'agitation persiste. On retire les pinces qui étaient restées 14 heures à demeure et l'on pratique une 3^e transfusion. Des signes d'infection puerpérale apparaissent les jours suivants. Parotidite gauche aiguë avec signes d'infection généralisée. La malade meurt dans le coma 7 jours après son entrée dans le service.

ANNEE 1927. Observ. 1280, série III

Une 3^e pare, 4^e gest. âgée de 31 ans, dont la grossesse est à terme, entre d'urgence le 23 février à 17.30 heures en état d'anémie aiguë, et le travail vient de se déclencher. Etat syncopal, pouls imperceptible. Le toucher révèle une dilatation comme 5 frs, une présentation du sommet très élevée, et l'on décolle des cotylédons sans parvenir à atteindre le rebord placentaire. Les contractions sont fréquentes. On déchire largement les membranes épaissies, les contractions s'espacent, l'hémorragie s'apaise. A 19 heures, le suintement sanguin reprenant et la dilatation étant comme une grande paume de main, on pratique une transfusion de 400 ccm³ et une injection de sérum physiologique, après quoi on pratique le Braxton Hicks. A 21 heures l'extraction du fœtus qui pèse 3 kgs est terminée par un Mauriceau, et l'on procède à la délivrance manuelle au prix d'une perte

sanguine minime. La révision utérine décèle une déchirure latérale gauche étendue jusqu'au cul-de-sac. On pratique un tamponnement utéro-vaginal serré, on place une pince Clamp sur chaque ligament large et on injecte un litre de sérum physiologique. La malade décline rapidement : faciès plombé, pouls imperceptible, areflexie pupillaire, tachypnée. Malgré l'oxygénation intensive, les stimulants généraux, les toni-cardiaques, le réchauffement, la malade meurt en syncope à 23,45 heures.

ANNEE 1928. Observ. 2429, série III

Le 12 février à 14,15 heures entre à la salle de travail une 2^e pare 2^e gest. âgée de 28 ans ayant eu 3 hémorragies importantes du 10 février à ce jour. Etat général très touché, pouls 140, température 39°5. La malade avait perdu dans les 5 premiers mois. La présentation est céphalique, élevée et mobile. Dos à gauche, dilatation comme 5 frs, placenta partout. Sérum 500 ccm. cubes, huile camphrée, etc... A 15 heures 30 devant la répétition de l'hémorragie, on décide d'intervenir. Après une tentative de dilatation au ballon de Champetier de Ribes, on décolle manuellement le placenta. On rompt les membranes et on pratique la version podalique qui s'achève à 17,15 heures par un Mauriceau. Le placenta, découronné, est expulsé en même temps que l'enfant. Révision de la cavité utérine, injection de Tarnier. 1.500 ccm cubes de sérum artificiel, sérum antistrepto, pouls 120, temper. 37°2.

Dans les jours qui suivent la parturiente amorce des accidents infectieux localisés au cul-de-sac droit et une septicémie, contrôlée le 17 février par l'hémoculture (germes non identifiés). La malade est pâle et affaiblie.

Le 18 février apparaît une douleur précordiale inten-

se avec tachyarythmie. Une transfusion de 400 ccm cubes est bien supportée le 21. Le 23 se manifestent les premiers signes pulmonaires d'une embolie qui va évoluer rapidement vers la pleurésie putride, tandis que se développe le phlegmon du ligament large des deux côtés. Pleurotomie d'urgence le 3 mars. Drain de Vignard. Sérum antigangréneux de l'I.P. Transfusion de 100 ccm cubes. Sulfarsénol 0,12. inhalation d'oxygène permanente, digitaline XX gouttes. Le 4 mai à 3 heures elle s'éteint dans une agitation extrême, malgré tous les soins prodigués.

ANNEE 1929. Observ. 4709, série III

Le 15 novembre 1929 à 15 heures entre d'urgence une indigène, 3^e pare, 3^e gest. âgée de 20 ans, en état d'anémie grave. Elle est au 7^e mois de sa grossesse et présente depuis 8 jours des métrorragies assez abondantes. Le matin du jour de son entrée un tamponnement vaginal fut fait en ville. A son entrée elle présente des signes d'hémorragie grave. Au toucher le col est dilaté comme 5 frs. L'orifice cervical est obstrué par la masse placentaire. On complète la dilatation suivant la technique de Bonnaire. Décollement du placenta, saisie des pieds l'enfant se présente par le siège dos à gauche, et on l'extraît facilement (1850 grammes). Révision de la cavité utérine montrant une déchirure latérale du col au niveau de la commissure gauche. Pendant ces manœuvres l'hémorragie continue, transfusion, toni-cardiaques, hypophyse. L'hémorragie continuant on place des valves vaginales et l'on s'aperçoit que la déchirure s'est étendue jusqu'au dôme vaginal et se propage dans le ligament large. On place une pince de Museux sur la déchirure. L'hémorragie cesse, mais la malade meurt un quart d'heure après dans le collapsus.

ANNEE 1929. *Observ.* 4393

Le 9 août à 20 heures entre à la Maternité une 9^e gest. 4^e pare, âgée de 40 ans, en état d'anémie aiguë. Cinq semaines auparavant elle avait eu des métrorragies sans douleurs. Sous l'influence du repos tout rentre dans l'ordre. Le toucher montre une dilatation comme 5 frs et un orifice cervical obturé par le placenta. On décolle celui-ci suivant le procédé de Simpson et l'on peut atteindre les membranes que l'on déchire à 2 ou 3 centimètres du bord placentaire. On abaisse le pied droit à la vulve : l'hémorragie cesse aussitôt. On applique la médication supplétive et stimulante habituelle. A 23,15 heures, expulsion d'un enfant mort-né du poids de 4.500 grammes. Aussitôt après, délivrance artificielle et injection intra-utérine au Tarnier. Les jours suivants une phlébite se constitue au niveau du membre inférieur et le 7 septembre c'est-à-dire un mois après son entrée, une douleur intense est ressentie par la malade au niveau de l'hémithorax gauche et la malade meurt dans le collapsus le lendemain matin.

ANNEE 1930. *Observ.* 775, *série IV*

Le 19 juillet entre à la Maternité une 8^e gest, 7^e pare enceinte de 8 mois avec une présentation transversale. Le 6, le 12 et le 14 août elle avait présenté des hémorragies de plus en plus importantes. Le toucher montre une oblitération complète par le placenta d'un orifice cervical dilaté comme 2 frs. Rupture et dilacération des membranes. L'hémorragie redouble. Arrachement du placenta selon la méthode de Simpson, suivi d'un abaissement du pied à la vulve. Abaissement du deuxième pied par manœuvre douce. On termine rapidement l'accouchement. Une révision de la cavité utérine montre

une déchirure latérale gauche, remontant vers le segment inférieur et semblant s'arrêter au point d'insertion du vagin à ce niveau. On place les pinces de Henckel sur les deux pédicules. Un suintement persistant, on pratique un tamponnement intra-utérin sans succès. Malgré une transfusion sanguine, le suintement persiste. L'éventualité d'une hystérectomie est discutée, mais la malade meurt brusquement dans le collapsus.

ANNEE 1930. Observ. 1568, série IV

Le 30 décembre entre à la Maternité une 3^e gest, 2^e pare, au voisinage du terme, âgée de 25 ans. Elle a eu une hémorragie la nuit précédente ; le palper montre une présentation transversale ; le toucher un col mou, perméable. L'expectante est mise au repos. Le 9 janvier 1931, à 17 heures, débute le travail. Un suintement sanguin s'installe et augmente rapidement. Les contractions se font plus fréquentes. Au toucher la dilatation est comme 5 frs. Le placenta est sous le doigt. L'intervention est résolue. Sous anesthésie générale au kélène on rompt largement les membranes, on décolle le placenta partiellement et on abaisse un pied à la vulve, l'hémorragie cesse : on applique les médications supplétives habituelles (sérum, huile éthero-camphrée, etc...). Deux heures plus tard le travail n'ayant pas progressé et l'état général s'altérant profondément, on décide d'évacuer l'utérus. Sous anesthésie rachidienne la dilatation est complétée, le tronc et les membres sont attirés au dehors, un Mauriceau extirpe la tête dernière. L'hémorragie reprend abondante. Le placenta est extrait, devant la persistance de l'hémorragie on tente l'hémostase aux pinces de Henckel, le procédé échoue et l'on doit pratiquer un tamponnement serré. L'état de la parturiente est de plus en plus alarmant (pouls 160). On injecte un litre de sérum intra-veineux, on pratique une transfu-

sion de 300 ccm. cubes et on intervient par voie abdominale pour faire une hémostase chirurgicale (Hystérectomie). Malgré la rapidité de l'intervention. (Prof. Laffont) la malade meurt au moment où l'on suture la paroi.

ANNEE 1932. *Observ. 3.507, série IV*

Le 13 février entre salle Dubois une primipare, indigène âgée de 27 ans, 4^e gest. au 9^e mois de sa grossesse. Elle a eu la veille une douleur au niveau du bas-ventre et se présente dans un état d'anémie suraiguë avec œdème des membres inférieurs. Hémorragie externe minime. La palpation révèle un utérus dur en état de contracture permanente avec zone de ramollissement à hauteur de l'ombilic. Au toucher bassin plat rachitique, col mou perméable. Segment inférieur pas formé. Présentation céphalique non engagée. Albumine 2,5 gr. Le fœtus semble mort. On administre 300 gr. de sérum de Normet intraveineux et 300 ccm. cubes de sérum physiologique sous la peau; on rompt les membranes accessibles. Vers 17 heures la malade, continuant à souffrir, on lui injecte 1 cgr. de morphine. Température 38°5. A 22 heures on renouvelle le sérum. Utérus toujours volumineux et tétanisé, la tête s'engage péniblement et amorce sa descente vers le col dilatable à grande paille. Le 14 février, à 2 heures, la dilatation est complète et la tête en O.I.D.P.; la femme présente des douleurs expulsives. L'extrémité céphalique étant trop trop volumineuse et ne descendant pas, on pratique une cranio-clasie aux ciseaux de Blot, après perforation. On achève facilement l'extraction. Brusquement la femme tombe en syncope et meurt avec les symptômes de l'anémie suraiguë. On extrait le placenta; 1 kg. 300 de caillots sont évacués,

ANNEE 1932. Observ. 3.814, série IV

Le 28 avril entre dans le service une 8^e gest. 8^e pare, en travail depuis 3 jours. Etat d'anémie aiguë. A eu déjà une grosse hémorragie. L'examen montre un fœtus mort, macéré, avec tête en O.L.G.A. Col effacé, dilaté comme paume de main. On ne perçoit pas de placenta. Utérus tétanisé. On injecte 1 cgr. de morphine. A 17 h. 30 la dilatation étant complète, sous anesthésie au chloroforme on pratique une cranioclasie avec extraction du fœtus mort et macéré. Revision de la cavité utérine. Extraction du placenta inséré sur le segment inférieur. Transfusion. Tonicardiaques habituels. Des signes d'infection grave apparaissent. Ventre dur et tétanisé, matité mobile dans les flancs. Le 2 juin, sous anesthésie locale, on pratique une hystérectomie subtotale avec drainage abdominal par Mickulicz. Un gros drain est placé dans l'orifice cervical. La malade meurt à 21 heures, malgré un traitement anti-infectieux et administration de toni-cardiaques, dans le collapsus.

LES INTERVENTIONS SANGLANTES

dans le traitement du Placenta Praevia

LA CESARIENNE CLASSIQUE

Si l'idée de l'opération césarienne naquit au XVI^e siècle, elle ne put trouver sa réalisation que beaucoup plus tard. Discutée théoriquement du moins depuis fort longtemps, elle fut tentée sur le vivant dès le XVI^e siècle. Mais elle restait l'intervention que l'on pratiquait en dernier ressort lorsque tout autre moyen avait échoué. Il en fut ainsi jusqu'en 1867. On accusa la plaie utérine d'être responsable des accidents infectieux et hémorragiques qui contribuèrent à donner de mauvais résultats. PORRO imagina alors son procédé, dont les premiers résultats furent très heureux. Mais au fur et à mesure que les cas se multipliaient, les statistiques se montraient moins favorables. D'autre part, la suppression de l'utérus apparaissait comme un sacrifice vraiment trop con-

sidérable. Tombée en disgrâce, la césarienne fut remise à l'honneur en France par POTOCKI (1886).

Vers la fin du 19^e siècle, les découvertes géniales de Pasteur apportèrent à la chirurgie abdominale un essor considérable, en faisant connaître l'asepsie et l'antisepsie. Dès lors la césarienne se vulgarisa. C'est à ce moment que LAWSON TAIT pensa, le premier, à appliquer la césarienne au traitement du placenta praevia. En 1892, HUSTON FORD, puis HARRIS et SLICH, se lancent dans la voie de la réalisation en pratiquant quelques interventions, et en 1893 BERNAYS, de Saint-Louis (Miss.) publie la première observation de césarienne pour placenta praevia et fut bientôt suivi par LODEMAN, ZUNCKE, DONOGHUE, DEEVER LONDON, etc... DUDDLEY dit même que c'est là « une méthode idéale de traitement de l'insertion vicieuse du placenta ». Puis elle tomba à nouveau dans l'oubli jusqu'en 1908, date à laquelle KROENIG la proposa nettement dans le traitement des hémorragies du placenta sur le segment inférieur comme une méthode de choix et la défendit ardemment.

Au Congrès de New-York (1909) JEWETT et FRY s'en déclarèrent très partisans, surtout dans les cas de placenta praevia centraux avec col fermé, et au Congrès de Saint-Petersbourg on décide qu'elle serait réservée aux « cas purs ». De 1909 à 1925 elle fut employée par beaucoup d'auteurs dans les cas d'insertion vicieuse partageant les succès, dès cette époque, avec la césarienne supra-symphysaire. Mais dès 1925 elle perdit beaucoup de terrain en France et à l'étranger au profit de la césarienne basse segmentaire.

En 1896, POTOCKI avait préconisé l'opération précoce et BAR, convaincu de l'idée de prophylaxie, proposait en 1897 l'intervention pratiquées avant tout début de travail, alors que l'impossibilité de l'accouchement était prévue, mais non encore démontrée.

La césarienne classique est une excellente opération qui a encore beaucoup de partisans, et KOUWER, d'Utrecht (Gyn. et Obst. 1930, n° 3) s'élève contre la tendance actuelle à l'abandonner de plus en plus. Il étudie sur 243 cas d'opérées longtemps suivies l'avenir et les complications tardives de la césarienne classique. Cet important travail conclut: « qu'avant de rejeter définitivement la césarienne haute, il importe de contrôler sur des opérées longtemps suivies les résultats lointains de la césarienne basse. »

L'opération césarienne abdominale classique peut se pratiquer :

- dans les six premiers mois;
- au dernier trimestre de la grossesse;
- à terme avant tout début de travail (BAR);
- pendant le travail: *a*) soit au temps d'élection (dilatation incomplète, membranes intactes);
b) soit tardive.

Si l'on veut s'en tenir à l'hystérotomie simple, sans mutilation, avec ou sans drainage, le pronostic est de nos jours plus réservé que pour la césarienne au temps d'élection. L'enfant a peut-être souffert de troubles circulatoires, de traumatismes crâno-rachidiens, d'infection amniotique ou autre. Ses chances de survie ultérieure en sont évidemment diminuées. La mère, de son côté, peut se trouver sous la menace de l'altération septique du contenu ovulaire, sans compter la fatigue de douleurs prolongées, d'une ou plusieurs nuits sans sommeil, de un ou plusieurs jours sans nourriture. Aussi beaucoup d'accoucheurs condamnent-ils péremptoirement l'opération césarienne tardive ainsi entendue. (JEANIN. Césarienne tardive. Lec. Clin. Tarnier 1926). DEMELIN et DEVRAIGNE, d'accord sur la différence de pronostic, pensent que la question n'est pas définitivement résolue et qu'il y a lieu de l'étudier encore. Malgré tout

la césarienne tardive, éloignée du début du travail reste extrêmement dangereuse, et, dans les cas infectés, cette tendance à opérer tardivement ne fut pas suivie. Aussi, la majorité des accoucheurs préconisèrent-ils la césarienne mutilatrice avant que la césarienne basse segmentaire ne fut connue.

Mais, même en dehors de toute infection, la césarienne classique n'est pas une opération anodine, puisqu'elle donne de 4 à 8 % de mortalité (BAR) et, est en outre grevée d'une morbidité importante de 5 % de ruptures utérines lors de gestations ultérieures et de 4 % de fistules utéro-pariétales environ. La valeur de ces critiques, vis-à-vis de la césarienne haute en temps qu'opération prophylactique, eut comme résultat la limitation de ses indications aux cas où elle était strictement indispensable. Aussi, les auteurs qui avaient fondé quelque espoir sur le traitement chirurgical des placenta praevia par la césarienne classique furent-ils un peu déçus.

Cette opération présente des avantages indiscutables :

- elle est facile à exécuter, rapidement faite en général a d'assez bonnes suites opératoires, rend possible l'examen du corps utérin et permet ainsi de mieux se rendre compte des altérations qu'il peut présenter; elle a encore de très nombreux partisans (KLEIN. Placenta praevia et cesar. conserv. B.S.O.G.P. 1924. XIV. 447/9).

Mais aussi elle n'est pas sans inconvénients :

- il faut qu'elle soit pratiquée dans les cas absolument aseptiques. Il y a de très gros dangers, si la mère est infectée, même légèrement, à l'opérer tout de même. Or c'est ce qui arrive fréquemment dans les cas de praevia. De plus, c'est une opération extrê-

mement choquante (GINGLINGER et TASSOWATZ. La Cesar. ds. la thérap. du plac. praev. Revue franç. Gyn. et obs. 362/75 juin 1929).

- même dans les cas purs, la césarienne abdominale a donné de moins bons résultats que la supra-symphysaire (thèses de MARASSI inspirée par BRINDEAU 1926, et de HENRIOT inspirée par COUVELAIRE 1927).

Dans les cas suspects la césarienne classique est beaucoup plus mauvaise que la supra-symphysaire. L'accord est unanime à l'heure actuelle (R. BATTLE 1932).

- les adhérences rencontrées lors de césariennes itératives s'étendent d'ordinaire entre le corps utérin et la sanglè abdominale antérieure. La plupart du temps ces adhérences présentent des tractus lâches et mous, très simples à supprimer. Exceptionnellement, et plutôt à l'occasion d'itératives trois ou quatre fois répétées, elles sont plus solides, capables même d'établir des contacts, voire des fusions plus ou moins intimes, entre les tuniques intestinales et la surface du sac parturient. Inconvénients que ne présente pas la césarienne basse.

- l'amaigrissement de la paroi utérine dans la zone de la première incision expose à la rupture spontanée, par distension au moment du travail (COUVELAIRE. 15 % de ruptures à partir de la 2^e itérative).

En résumé, la césarienne haute, portant sur le corps de l'utérus, est une opération conservatrice facile et rapide, bonne pour les cas aseptiques, et seulement pour ceux-ci. On ne la pratiquera donc que dans les cas absolument purs, avant le début du travail autant que possible, en tous cas avant la rupture de la poche des eaux.

Elle sera donc réservée aux cas favorables et heureux, ceux où la femme a saigné peu et depuis peu de temps. La malade ne devra présenter aucune élévation de température dans les jours qui précèdent l'intervention. Elle ne présentera aucun symptôme, même léger, de maladie infectieuse. On évitera également de l'examiner par le toucher vaginal et les plus grandes précautions seront prises dans la préparation de la paroi abdominale en vue de l'intervention.

La césarienne corporéale classique fut exécutée 8 fois de 1924 à 1932. (6763 et 6789 année 1924, série II), (9067 année 1925, série II), (1387, 1735 et 2073 année 1927, série III), (2352 année 1931, série IV), (année 1932 4331, série IV). On a relevé un seul cas de mort, le 2073, par infection, et l'une d'elles fut suivie d'hystérectomie (n° 2352). 3 enfants sont morts, dont 1 avant l'opération. 1 transfusion fut nécessaire suivi de l'application d'une pince genre Henckel (1387 année 1927). 5 fois la femme était en travail et 2 fois les membranes étaient rompues et la dilatation était comme 2 et 5 francs.

Quelques auteurs fervents partisans de la césarienne classique, qui en craignaient cependant les dangers de péritonite, ont tenté de modifier la technique. B. J. KUWER, d'Utrecht, particulièrement, préconise une nouvelle technique (Gyn. et Obs. 1929 IX et Gyn. et Obst. 1930 mars XI) de césarienne haute, permettant l'isolement de la cavité péritonéale dans les cas d'infection amniotique. Cette technique consiste en une suture utéro-pariétale, avant l'ouverture de l'œuf. On peut drainer l'utérus par une mèche, une deuxième intervention étant ensuite nécessaire pour libérer les adhérences et remettre l'utérus à sa place PAUNZ. (La Gynécologie, sept. 1929) possède également une technique semblable, dont il attribue l'idée à SELLHEIM. KUWER a appliqué neuf fois seulement son mode d'extrapéritonéalisation, dans

des cas très suspects qui ne donnèrent suite à aucune complication. Mais, comme la méthode de PORTES, elle prolonge le séjour à l'hôpital et nécessite une seconde laparotomie. Elle n'est donc pas très avantageuse pour les cas d'insertion basse où la césarienne supra-symphysaire lui est préférable.

Pratiquement, c'était donc toujours à l'hystérectomie que l'on avait recours dans les cas graves qu'ils fussent hémorragiques ou infectieux. La suppression de l'utérus est un sacrifice vraiment trop considérable. Pour l'éviter, on s'est efforcé de trouver des techniques capables de permettre une chirurgie conservatrice, malgré l'existence d'infection plus ou moins accusée, techniques qui, en somme, modifiant l'opération césarienne classique, permettraient d'étendre les indications des hystérotomies conservatrices aux cas infectés. Avec SCHICKELE, enfin, quelques accoucheurs préconisèrent dans les cas douteux et même impurs, l'emploi d'une technique déjà couramment mise en pratique en Allemagne, depuis SELLHEIM (1908) : l'opération césarienne supra-symphysaire transpéritonéale. En France d'ailleurs, COUVELAIRE avait réclamé en 1909 « pour l'amélioration du pronostic des cas impurs, non pas un perfectionnement de la technique classique, mais un autre mode d'intervention ».

LA CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE

Dès 1805, OSLANDER, de Gottingen eut l'idée de pratiquer l'opération césarienne en faisant porter l'incision sur le col de l'utérus. En 1806, JOERG avait proposé d'ouvrir le vagin et le col, après laparotomie. RITGEN décrivit ensuite la gastro-élytrotomie, puis PHYSICK, en 1822, BODELOCQUE neveu en 1827, Charles BELL, Thomas GAILLARD en 1870, tentèrent d'aborder l'utérus en évitant la grande cavité péritonéale. Leurs essais, dont l'intérêt est actuellement purement historique n'aboutirent pas

En 1906, SELLHEIM, décrivit et pratiqua la césarienne extra-péritonéale, dont il se servit en 1908 dans quelques cas de placenta praevia. Elle consistait à aborder le segment inférieur après avoir décollé le péritoine vésical. Mais cette technique fut abandonnée à cause de sa difficulté et de ses risques.

En 1906 FRANCK, de Cologne avait tenté d'aborder le segment inférieur par voie franchement transpéritonéale. Ce fut le début de la césarienne basse, dont l'idée première se trouverait d'après SCHICKELÉ dans une thèse de Strasbourg, inspirée avant 1870 par STOLTZ.

Pendant longtemps la césarienne basse ne fut pratiquée qu'à Pétranger. En 1909 JEANNIN, BRINDEAU et DOLLERIS publièrent leurs premiers essais de césarienne basse sous la forme extra-péritonéale. Il semblait à première vue que les résultats de la césarienne supra-symphysaire ne surpassaient pas sensiblement ceux de la césarienne haute. BAR et COUVELAIRE en 1912, n'en étaient guère partisans, tandis qu'en Allemagne et en Amérique on l'employait couramment, et nombre d'insertions vicieuses se traitaient par cette technique. LABHARDT et

BEUTTNER, de 1917 à 1920, emploient césariennes basse et haute au cours des praevia et en précisent des indications très limitées.

Cependant SCHICKELE qui avait pu se rendre compte par ailleurs des bons résultats qui paraissait donner la césarienne basse sous son mode transpéritonéale, remettait bientôt cette technique à l'étude et au Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française de 1921, il apportait ses premières impressions. BEUTTNER de Genève apportait également une statistique dont le résultat était brillant et demandait aux gynécologues français de pratiquer plus souvent les procédés chirurgicaux dans le praevia et ajoutait « si d'ici quelques années les publications françaises montrent que les accoucheurs français se sont engagés dans la voie que je viens d'avoir l'honneur de leur proposer, alors nous pourrons dire que notre congrès a porté ses fruits (1921) ».

De 1922 à 1925 BRINDEAU et COUVELAIRE mettaient la question à l'étude dans leurs services et leurs conclusions se rapprochèrent de celles de SCHICKELE (Thèses de DESOUBRY 1925, de MARASSI 1925, de HENRIOT 1927, etc...).

Au Congrès de 1922 à Innsbrück les Allemands avaient précisé le cadre des indications des césariennes dans le placenta praevia et en octobre 1925 au Congrès de Paris, après le chaud plaidoyer de SCHICKELE (Gyn. et Obst. 1925 XII n° 2) en faveur de la césarienne basse, « cette arme qui répond à tous les besoins et pour laquelle l'infection n'est plus une barrière » cette technique après avoir été mise à l'étude, fut rapidement adoptée par tous les obstétriciens de France. Et PHANEUF de conclure (1927, Rev. franç. Gyn. et Obst. avril n° 4) : « Plus augmente notre expérience de l'opération supra-symphysaire, plus nous sommes convaincus que cette méthode offre des avantages bien supérieurs à l'opération clas-

sique ». Et presque tous les auteurs se rallièrent à cette conclusion. De nos jours c'est la césarienne haute qui devient d'un emploi exceptionnel, alors qu'il y a dix ans c'était la supra-symphysaire qui était d'exception.

La césarienne basse transpéritonéale, portant sur la face antérieure du segment inférieur, est plus compliquée que la méthode classique, mais cependant parfaitement réalisable par un chirurgien qui en connaît la technique. La césarienne segmentaire est une opération très intéressante, qui offre incontestablement plus de sécurité que la section haute, non seulement parce que le péritoine pelvien se défend mieux contre l'infection que le péritoine abdominal, mais surtout parce que la brèche utérine est parfaitement protégée et isolée de la grande cavité, la suture n'étant pas mobilisée comme dans la césarienne haute (COUVELAIRE et PORTES. Soc. d'Obst. et Gyn. Nov. 1925).

La possibilité de l'exécuter alors que l'état d'asepsie de l'utérus est douteux, soit que la poche des eaux est rompue depuis un certain temps, soit que l'état général de la parturiente fasse penser à un léger état d'infection, la sécurité que cette intervention présente en ce qui concerne le danger de péritonite généralisée consécutive, puisque seul le péritoine pelvien est intéressé et que de plus la plaie utérine est recouverte par deux feuillets de péritoine, permettent d'affirmer que dans un avenir très rapproché la césarienne basse se substituera en toutes circonstances peut-être à la césarienne classique.

Les résultats obtenus par cette technique sont nettement supérieurs à ceux de la césarienne classique. Les suites opératoires sont plus simples et même dans les cas où l'état d'asepsie indispensable à la pratique de la césarienne haute n'est pas absolu, l'expérience montre que la césarienne basse peut être entreprise sans danger pour la mère (BRAUDEIN. Presse Médicale, mars 1926).

Il ne faudrait cependant pas en conclure que cette technique permet toujours l'extraction de l'enfant par voie abdominale. Dans les cas où l'infection est nettement déclarée, qu'il s'agisse d'infection amniotique ou généralisée, la césarienne basse doit être suivie d'hystérectomie ou de l'opération conservatrice de PORTES (JEANNIN 1931 : Comment on doit traiter actuellement le placenta praevia. Journal des Accouchements n° 6). Cette césarienne tant prônée n'est pas sans quelques inconvénients, largement compensés d'ailleurs par les avantages nombreux qu'elle présente. Voici quelques-uns des reproches qu'on lui a fait et dont le plus grand nombre peut être également fait à la césarienne haute :

La technique est certes un peu plus compliquée que celle de la césarienne classique (CATHALA) surtout quand l'insertion placentaire se fait sur la partie antérieure du segment inférieur. Le décollement de la vessie est dans ce cas un temps dangereux et délicat.

L'extraction du fœtus est assez difficile et il faut recourir quelquefois au forceps (HENCKEL).

Le sang aveugle parfois l'opérateur au début de l'opération seulement quand l'insertion placentaire est antérieure.

La délivrance est plus difficile, mais par contre on voit et on surveille la zone d'insertion.

L'écoulement des lochies ne se fait pas toujours d'une façon satisfaisante, aussi faut-il s'occuper de l'ouverture du col.

La vessie, le péritoine, l'utérus peuvent être lésés.

Elle ne met pas à l'abri, avec certitude, des accidents infectieux quand le contenu de l'œuf est souillé de germes virulents. Cependant elle est dans ce cas moins dangereuse que la corporéale.

Les accidents infectieux (péritonite, phlébite, etc...) sont le gros danger, car on est complètement désarmé contre cet écueil, et il faut avouer qu'on est, après une césarienne, totalement impuissant quand surviennent ces complications, à l'abri desquelles la femme n'est pas mise du fait de l'opération. C'est là le point essentiel du problème de la césarienne dans le placenta praevia et c'est pourquoi il faut être particulièrement réservé et prudent dans le choix d'un procédé thérapeutique.

Enfin la césarienne est à rejeter quand la femme a trop saigné « La grande hémorragie, comme la grande infection sont des contre-indications formelles ». (HENRIOT. Thèse Paris 1927, inspirée par Couvelaire). Donc les risques immédiats et tardifs que la césarienne comporte font qu'elle doit être encore à l'heure actuelle considérée comme une opération sérieuse dont on doit user avec mesure et prudence, à moins qu'on ait des motifs sérieux et importants de l'employer.

Remarquons en passant que l'absence de développement du segment inférieur n'augmente pas la difficulté opératoire de la césarienne basse : sa non-constitution théorique n'est pas un obstacle. (AUDEBERT, ESTIENNY, Gynéc. et Obst. Oct. 1932).

Parmi les nombreux avantages qu'elle présente, nous ne citerons que les principaux, qui la rendent particulièrement précieuse dans le traitement de l'insertion basse du placenta sur le segment inférieur :

Grâce à elle le moment de l'opérabilité peut être reculé, les interventions inutiles se trouvent ainsi évitées.

Pratiquée dès le début du travail, chez une femme non infectée, c'est une opération incomparable à tous points de vue.

L'incision abdominale est moins importante que dans la césarienne haute.

Les bords minces ne saignent pas, surtout si on opère sous rachianesthésie et on peut d'ailleurs aveugler facilement la source de l'hémorragie, minime en général, parce que le segment inférieur est moins vascularisé.

Le choc opératoire est donc moins marqué, d'autant plus qu'il n'y a pas d'extériorisation et surtout pas de manipulations des anses intestinales que l'on ne voit pas.

Les suites immédiates sont meilleures que celles de la césarienne haute au point de vue des réactions péritonéales.

Les suites tardives ou éloignées sont infiniment supérieures à celles de la césarienne classique et confirment cette impression favorable.

La suture faite sur une portion peu contractile de l'utérus est plus parfaite parce qu'elle n'est pas soumise pendant la cicatrisation aux puissantes contractions que subit la suture de la paroi musculaire corporelle. Cette suture est plus facile parce que moins épaisse, aussi l'incision guérit-elle vite, la blessure se trouvant au repos sur le segment inférieur et aboutit à une cicatrisation parfaite (COUVELAIRE et PORTES, B.S.O.G.P., 9 nov. 1925).

La péritonisation facile et absolue, chirurgicalement satisfaisante, permet un isolement de la cavité péritonéale sûr et simple. D'ailleurs, l'incision portant sur la partie non contractile de l'utérus, recouverte par le péritoine et la vessie est d'une plus grande protection contre la péritonite qui restera localisée si des accidents infectieux se déclarent. Malgré tout, ce revêtement péritonéal reste quelquefois inefficace ou insuffisant.

La cicatrice est plus forte et plus résistante sur le segment inférieur que sur l'utérus. Aussi le danger de rupture de la cicatrice dans les grossesses ou les accouchements ultérieurs, est-il réduit au minimum, le seg-

ment inférieur se distendant facilement et tard dans le travail. Max WATERWALD ne cite, en 1926, que 10 cas de rupture sur 3.600 opérées et il insiste sur la greffe du placenta sur la cicatrice quand elle est corporeale, ce qui se produit dans 50 % des cas chez les opérées par césarienne classique, donnant ainsi 4 % de ruptures utérines, au cours des grossesses ultérieures.

Le post-partum plus calme se rapproche de celui de l'accouchement par les voies naturelles: il y a peu de réaction péritonéale et peu ou pas de météorisme.

Il n'y a pas d'adhérences intestinales ou épiploïques. Aussi les césariennes basses itératives offrent-elles moins de difficultés que les classiques.

Elle met plus à l'abri des fistules utéro-pariétales et de l'iléus post-opératoire par adhérence. Donc, son pronostic tardif est meilleur que celui de la césarienne haute.

C'est la césarienne supra-symphysaire qu'il faudra employer quand la femme saigne depuis longtemps ou quand la poche des eaux s'est rompue, que des touchers ont été pratiqués, ou que des tamponnements ont été effectués, c'est-à-dire quand la femme est légèrement infectée. En effet elle donne dans les cas suspects, où l'on est en droit de penser à une infection latente, des résultats qui paraissent n'avoir été égalés par aucune autre opération. Elle a donc réalisé un réel progrès sur la césarienne classique (MAGOS, Bruxelles Médical « Césarienne supra-symphys. dans le trait. du plac. praevia 11 : 1121-1126 juill. 1931 » (HOTEL et CABANNES, Indic. césar. B.S. O.G.P., nov. 1928).

Dans les cas où l'infection est cliniquement certaine, elle permet d'employer efficacement un drainage à la MIKULICZ, impossible et dangereux, même pour une très légère infection, dans la césarienne classique, à cause de la mobilité du corps utérin (ISSAKIAN: Indic. de la cé-

sar, Bulletin et Mém. de Chirurgie de Paris, 20: 124-130 17 févr. 1928). (HOUEL et JAHIER, B.S.O.G.P. nov. 1929).

C'est le procédé le plus sûr, immédiatement et secondairement: c'est celui que nous pratiquerons dans l'immense majorité des cas, la mortalité de la césarienne basse appliquée au praevia, s'élevant à 4,76 % d'après la statistique de GELLE (Thèse Lille 1930) établie sur 294 cas.

La césarienne supra-symphysaire fut appliquée 8 fois avec succès au traitement du placenta praevia, 4 enfants décédèrent, dont 2 de plus de 2 kg. 500.

Les 8 cas observés sont les suivants: année 1931, série IV, n^{os} 1.652, 2.474, 2.872 et 3.020; année 1932, série IV, n^{os} 3.944, 3.947, 4.354 à 4.673.

Trois fois il s'agissait de primipares, et cinq fois de multipares. Trois fois elle fut pratiquée avant le travail, cinq fois près du terme, dont deux fois en travail. La variété de l'insertion fut en général soit centrale, soit centro-partielle.

Cinq anesthésies furent générales et trois rachidiennes. Trois femmes eurent des suites de couches légèrement fébriles, dont une eut un abcès de la paroi et une phlébite légère.

Dans un cas la césarienne supra-symphysaire fut exécutée pour rigidité utérine ayant succédé à l'application d'un ballon (obs. n^o 2.474, ann. 1931). Deux autres furent pratiquées alors que la température dépassait 38°: les suites opératoires furent excellentes (obs. 4.354 et 4.673, sér. IV, année 1931). Dans un cas on procéda à une transfusion (obs. 3.020, année 1931).

SECTION CESARIENNE VAGINALE OU OPERATION DE DUHRSEN ET INCISIONS DU COL

Longtemps contre-indiquée dans les cas de placenta praevia, elle est encore peu employée en France, malgré les statistiques favorables de DOBERLIN (1913) et les nombreux cas heureux de GUENIOT et GROSSE (1920). La césarienne vaginale doit être citée pour être rejetée de l'avis même de Duhrsen. Et cela, en raison même de la friabilité du segment inférieur, et en raison aussi de l'extension probable des incisions en déchirures au moment du passage du fœtus.

Cette opération trouve d'ailleurs sa meilleure critique dans ce fait qu'elle aboutit souvent à ce que l'on veut éviter: des sections multiples sur la zone éminemment vasculaire et acontractile qu'est le segment inférieur.

Elle ne mérite cependant pas qu'on la rejette définitivement dans les cas d'insertion basse, car elle peut rendre de réels services. Aussi, ESSEX MOLLER en est-il encore un fervent partisan (2 % de mortalité maternelle et 30 % de morbidité).

La césarienne vaginale — et les incisions du col — sont simples et peu choquantes: c'est là leur principal avantage.

Elles présentent assez peu de danger d'infection.

Elles sont très indiquées quand on a affaire à une hémorragie du 7^e ou du 8^e mois, avec enfant petit et très légère infection ou bien quand on est en face d'accidents graves avec enfants non viables.

Enfin, quand la présentation est engagée et que l'insertion est centrale.

Cependant elles exigent des conditions formelles sans lesquelles on ne saurait y avoir recours :

- le petit volume de l'enfant;
- l'absence de grosse infection,
- la souplesse des parties molles;
- un placenta s'insérant en arrière.

Mais elles ne sont pas sans danger: les hémorragies et les déchirures utérines par propagation ne manquent pas d'être fréquentes (ESCALE: Des incisions du col en Obstétrique. Leç. Clin. Tarnier 1925).

Nous avons noté une césarienne vaginale qui fut suivie de succès (n° 232, série IV, 1930) quant à la mère. L'enfant décéda. Et 5 incisions du col furent pratiquées (7.028, ann. 1924; 445 et 272, année 1926; 4.367, année 1929, et 4.129, année 1932). Deux cas furent suivis d'infection localisée. Cinq enfants sont morts, dont un seul de plus de 1 kg. 800.

L'HYSTERECTOMIE

L'hystérectomie, dans sa variété subtotale surtout, est, à l'heure actuelle, l'opération de choix dans les cas de placenta praevia infectés ou compliqués, quand on a le temps voulu, les instruments et les aides nécessaires pour une opération de ce genre.

L'utérus peut être extirpé avec ses annexes sans ouverture de l'œuf, moins un moignon cervical. L'hystérectomie subtotale peut être primitive, c'est-à-dire décidée d'emblée ou secondaire à la suite d'une césarienne ou d'un traitement obstétrical. C'est elle qui est préférée de tous les opérateurs.

Malgré tout, c'est une opération à laquelle on se décide à contre-cœur: le sacrifice de l'utérus étant considérable. Aussi pensons-nous avec GAUTRET (Journ. Méd. Bordeaux, sept. 1931): « que si l'hystérectomie tient une si grande place dans le traitement du placenta praevia, c'est que très souvent on n'a pas su appliquer à temps une césarienne à laquelle on a préféré un procédé obstétrical d'urgence. »

C'est une intervention sérieuse, choquante, mutilatrice, à pratiquer avec la plus grande réserve. Mais elle est la seule à être défendable et s'exécute dans les cas de placenta praevia lorsqu'on se trouve en présence de:

certaines grosses hémorragies où la césarienne risque de ne pas donner une hémostase parfaite et définitive. En effet, c'est une méthode sûre de juguler la perte de sang;

quand il faut extirper rapidement l'utérus et son contenu, c'est-à-dire dans les cas graves

infectés, avant que l'infection ait dépassé l'utérus, la ligature des pédicules veineux au cours de l'intervention venant ici augmenter, vis-à-vis de l'infection, le résultat cherché avec l'ablation de l'utérus;

- c'est une méthode efficace contre l'infection, sur laquelle on ne peut rien une fois décidée; elle présente de plus l'avantage de permettre un drainage à la MICKULICZ (J.-L. FAURE. Leç. clin., Tarnier 1930) ;
- l'enfant peut être extrait vivant hors de l'utérus complètement séparé de la mère (hystérectomie en vase clos);
- l'hystérectomie est pratiquée aussi à la suite d'une césarienne, qui a permis d'apercevoir, en plus de l'insertion basse du placenta sur le segment inférieur, certaines altérations liées à l'existence du praevia ou coexistantes avec lui, quand par exemple on s'aperçoit d'adhérences anormales du placenta et d'altérations utérines (infiltrations et déchirures du segment inférieur, hématomes sous-péritoneaux), enfin des lésions associées tels les fibromes praevia, les néoplasmes, etc...

Dans notre statistique nous la rencontrons deux fois. Une fois elle fut appliquée à la suite d'un traitement obstétrical, mais ne permit pas de sauver la malade (année 1930, observ. n° 1.568) malgré la transfusion. Le deuxième cas fut observé en 1931 et succéda à une césarienne haute (n° 2.352, série IV) et eut une heureuse terminaison.

Donc l'hystérectomie est une intervention parfaitement logique en cas d'insertion vicieuse du placenta sur le

segment inférieur: elle seule procure une hémostase absolue et parfaite, dans les cas où l'on n'a pas le droit de risquer une hémorragie secondaire par atonie utérine. Elle seule sera capable parfois d'arrêter rapidement une grande hémorragie et d'en limiter les risques. Souvent elle empêchera l'éclosion d'une infection ou ne lui permettra pas de se généraliser:

« Mieux vaut enlever un utérus que de laisser un utérus blessé et infecté, dans une cavité péritonéale, mais la stérilité définitive que comporte une telle opération est-elle à mettre en parallèle avec les risques d'une extraction par les méthodes obstétricales usuelles ? Il faut y réfléchir longuement avant de prendre une pareille décision. » (LEQUEUX).

Elle restera bien entendu une méthode exceptionnelle toujours entreprise à contre-cœur, à laquelle il faudra pourtant savoir se résigner, à moins que l'on ne préfère tenter l'opération de Portes.

LE PROCEDE DE PORTES

Nous ne parlerons pas du procédé de PORRO, complètement abandonné à l'heure actuelle et nous ne ferons que rappeler brièvement le procédé de PORTES, dont nous n'avons pas pu réunir de cas appliqués au placenta praevia.

La césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus est une des opérations proposées pour résoudre le problème thérapeutique du placenta praevia, dans les cas où le contenu de l'utérus est infecté: opération d'exception, elle mérite cependant de prendre rang parmi les opérations destinées à remédier aux cas infectés, parce qu'elle est d'une technique facile, que son efficacité est démontrée et qu'elle est réellement conservatrice.

Le procédé d'extériorisation de l'utérus de PORTES, considéré dès le début (1923) comme une expérience méritant d'être étudiée, recule les limites de la césarienne mutilatrice.

C'est une opération qui parut très intéressante dès les publications de son auteur et de ses partisans. Mais on ne connaît pas très bien, même à l'heure actuelle, les suites éloignées, et notamment si les gestations ultérieures sont possibles dans de bonnes conditions. Ce reproche, de ne pas conserver intégralement les fonctions, fait par PAUNZ, en 1929, qui préférerait à l'opération de PORTES son procédé de césarienne classique, genre KOUWER, d'Utrecht, ce reproche semble s'effondrer devant les faits nouveaux rapportés par PORTES (Sté Obst. et

Gynec., Paris, déc. 1931 et janv. 1932) où des césariennes avec extériorisation ont été suivies de gestation. Ces cas apportent une contribution qui confirme le caractère conservateur de cette opération et semble devoir promettre d'utiliser plus largement cette excellente opération de nécessité.

Bien qu'elle ait encore des indications imprécises, elle doit être étudiée, car elle semble de plus en plus mériter de prendre une place dans l'arsenal de la thérapeutique chirurgicale du placenta praevia.

Les thèses de SCHEMLA (Paris 1925) et surtout celle de SUREAU (Paris 1927) ont précisé les indications de cette intervention. Analysant de près tous les cas publiés, SUREAU, dans son travail, dégage cette conclusion capitale :

« Sa véritable indication nous paraît réalisée, quand l'état d'infection intra-utérine est tel qu'on se résoudra volontiers à pratiquer l'hystérectomie. »

Donc ces indications dépendent uniquement du degré d'infection. Si l'infection est minime il vaudra évidemment mieux intervenir en pratiquant une césarienne supra-symphysaire avec ou sans drainage; si elle est trop accusée il faudra alors pratiquer l'hystérectomie de préférence, surtout si la femme est âgée ou grande multipare. Malheureusement, pour apprécier le degré exact d'infection du contenu utérin nous ne possédons encore que des critères cliniques infidèles. C'est cette imprécision même qui explique qu'on applique la césarienne mutilatrice aux différents cas impurs.

CONSIDERATIONS GENERALES

Dans l'ensemble donc, et dans les différents pays, on voit les accoucheurs de plus en plus recourir, devant l'insertion basse, aux méthodes chirurgicales. Sans doute, le progrès de l'asepsie et le perfectionnement des techniques opératoires ont favorisé cette évolution. Elle n'en est pas moins due cependant avant tout à ce fait que les anciennes méthodes, fortement critiquables, ont paru médiocres à beaucoup et susceptibles de pouvoir être remplacées dans de nombreux cas, par les procédés chirurgicaux maintenant définitivement entrés dans le cadre de l'obstétrique. Les mauvais résultats des statistiques des procédés obstétricaux comparés à ceux plus brillants obtenus avec la chirurgie, vont à l'appui de cette opinion.

Aussi Turenne a-t-il parlé « des méfaits de la légende, de l'inocuité de la voie vaginale en pratique obstétricale du placenta praevia ».

Même en écartant les statistiques exceptionnellement bonnes, fournies par les Allemands et les Américains, on peut affirmer que le placenta praevia est de plus en plus justiciable du traitement chirurgical, et que les résultats vont en s'améliorant de jour en jour. Les différences que l'on constate entre les chiffres apportés, recueillis dans des milieux et des pays divers, sont la meilleure preuve qu'il ne faut pas employer systématiquement la césarienne dans tous les cas. Ceci est confirmé d'ailleurs par ce fait qu'il y a actuellement beaucoup de partisans de la césarienne, à condition qu'elle soit limitée à un certain nombre de cas seulement.

Les chiffres des statistiques, avec toutes les restric-

tions qu'ils comportent dans les conclusions qu'on en tire, ne sont pas défavorables attendu que ce sont les plus mauvais cas pour les procédés obstétricaux auxquels on a préféré la césarienne, et que, malgré cela, les chiffres de mortalité (5 à 10 %) ne sont pas supérieurs à celui de la moyenne des cas traités obstétricalement. Nos chiffres correspondant exactement à ces conditions. Les cas où la césarienne fut employée étaient tous des cas jugés graves pour les méthodes obstétricales. D'ailleurs, si les statistiques sont discutables, les impressions favorables qui émanent des auteurs du monde entier vis-à-vis des procédés chirurgicaux, ne le sont pas.

La mortalité maternelle, dans notre statistique fut :

avec méthodes obstétricales : 8,5 % ;
avec procédés chirurgicaux : 5,5 %.

Pour comparer les deux méthodes il faudrait des statistiques, établies pour chaque procédé, avec des femmes se trouvant dans des conditions identiques ; or, cette réalisation est impossible. Notre travail n'aura donc pas la prétention d'apporter sur la question une vue nouvelle ou des arguments décisifs, mais simplement il essaiera, en se basant sur quelques observations recueillies dans un service de clinique obstétricale, et la lecture des dernières publications sur ce sujet, de contribuer à la mise en valeur de la pratique des procédés chirurgicaux dans les cas d'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

Il ne faudrait pas cependant opposer le traitement obstétrical au traitement chirurgical. Il suffit d'en connaître seulement les domaines respectifs de bonne utilisation. Loin de s'opposer, ces méthodes se complètent heureusement, ce qui n'empêche pas la légitimité des méthodes chirurgicale de thérapeutique du placenta *prævia* d'être indiscutables.

Il est nécessaire pourtant de tenir compte de deux faits :

D'abord le risque d'intervention se surajoute aux risques qu'entraîne l'état d'anémie et d'infection, souvent réalisé dans ce cas. Risques pouvant conduire à pratiquer l'hystérectomie, toujours précédée des garanties opératoires : transfusion ou sérum de Normet, stimulants généraux, etc... ou l'opération de Portes par mesure de prudence.

Ensuite, si l'on pratique une césarienne conservatrice, dans ce cas de dystocie accidentelle, on engage dans une certaine mesure l'avenir, puisqu'on laisse à la femme un utérus dont la valeur obstétricale ultérieure ne reste pas toujours entière. Ce risque d'ailleurs ne doit pas être exagéré, surtout en ce qui concerne la césarienne segmentaire.

On objectera encore, avec raison, qu'il ne faut recourir qu'exceptionnellement à la césarienne, parce que l'anesthésie sera plus longue et plus profonde et pourrait causer préjudice à une malade en état d'anémie hémorragique. Si l'on a recours à l'anesthésie rachidienne la question ne se pose pas. Mais pour ce qui concerne l'anesthésie générale, l'objection est beaucoup plus sérieuse. En effet, on peut souvent se contenter de quelques gouttes de chloroforme pour mener à bien une application de forceps, sans souffrance pour la mère. Dans le cas présent cependant, l'anesthésie devra être poussée plus loin pour dilater artificiellement le col dans les cas urgents et surtout pour pratiquer une version dans des conditions de relâchement utérin suffisant. Et alors l'anesthésie nécessaire pour pratiquer une césarienne basse dans de bonnes conditions, c'est-à-dire rapidement, ne sera pas beaucoup plus importante que celle nécessaire pour pratiquer une dilatation artificielle du

col dans de bonnes conditions, c'est-à-dire très lentement. En tous cas cet inconvénient n'arrive pas à balancer les avantages de la césarienne dans les cas graves.

Ces restrictions n'enlèvent pas aux procédés chirurgicaux l'immense avantage qu'ils ont sur les techniques obstétricales : ils sont plus favorables à l'enfant. En effet, les procédés chirurgicaux n'ont pas pour eux le seul argument qu'ils sont utiles et nécessaires à la sauvegarde de la mère, mais aussi et surtout, qu'ils sont le procédé de choix vis-à-vis de l'enfant qui sera désormais la préoccupation de l'accoucheur.

Il faut de suite reconnaître que seuls, n'auront de chance de survie que ceux des enfants qui ont été extraits par césarienne très près du terme (RIBADEAU-DUMAS, Leç. Clin. Tarnier 1925 « Débiles et prématurés »). Aussi, de même que la césarienne ne sera pas indiquée pour la mère dans tous les cas indistinctement, de même la vie de l'enfant ne'st pas toujours une indication formelle à l'emploi de la chirurgie (COUVELAIRE, « Traitement des hémorragies de l'insertion basse du plac. sur le segm. infér. », Prat. Méd. franç. décembre 1931).

Nous ferons remarquer, comme MM. LAFFONT et FULCONIS, que « ni la mort de l'enfant, ni sa prématurité ne doivent éloigner de l'intervention quand celle-ci paraît devoir mieux sauvegarder les intérêts de la mère.

Ce souci de la vie de l'enfant, dans les cas de placenta praevia, ne tient pas une assez grande place, croyons-nous, dans la décision de beaucoup d'accoucheurs et PANKOW avait raison de dire à ce propos qu'il ne comprenait pas pourquoi, dans les cas d'insertion basse, les enfants avaient moins de droit à la vie que ceux des bassins rétrécis. Il suffit de regarder les statistiques, même les meilleures, données par les procédés obsté-

tricaux les plus favorables et de les comparer à celles que donnent les procédés chirurgicaux pour être convaincu : la rupture des membranes combinée ou pas à la mètreuryse, donnerait 30 à 40 % de mortalité infantile, KRAUL dit même 50 %. La chirurgie ne donnerait que 10 % et même beaucoup moins. Pour nous, notre statistique n'est pas si brillante et les procédés chirurgicaux n'ont pas été supérieurs, au point de vue des résultats de mortalité infantile aux procédés obstétricaux : tous deux ont donné 40 % environ de décès. Il faut ajouter que les 3/4 des césariennes exécutées ne le furent pas en temps opportun, c'est-à-dire au temps d'élection pour l'enfant.

Si, à l'heure actuelle la méthode chirurgicale peut donner pour les mères des résultats sensiblement voisins de ceux qu'on obtient avec les meilleurs procédés classiques, les résultats qu'elle donne vis-à-vis de l'enfant, peuvent être considérablement plus satisfaisants. Les accoucheurs qui pratiquent de préférence les méthodes obstétricales d'accouchement dans les cas de placenta praevia ont trop souvent pris comme prétexte pour le sacrifice des enfants, qu'ils étaient condamnés, soit du fait des accidents inhérents à la maladie, soit du fait de la prématuration.

On a accusé cette dernière d'être la cause du peu de chance de survie des enfants. Mais, croyons-nous, si le fait d'être prématuré prend une large part dans la mortalité des enfants nés de mères atteintes d'insertion basse, la mortalité fœtale reconnaît surtout comme cause l'hémorragie qui les rend débiles et surtout les techniques employées qui augmentent la durée de l'accouchement au lieu de permettre à l'enfant une issue rapide hors du milieu qui lui est brusquement devenu défavorable. Or, dans ce cas, les procédés obstétricaux par les traumatismes qu'ils provoquent, et surtout par leur lenteur, font tellement souffrir les enfants qu'on les voit

mourir pendant le travail, l'accouchement, à la naissance ou quelques jours plus tard.

Enfin, les résultats des procédés chirurgicaux seraient encore meilleurs si les bonnes conditions matérielles, dont dépend leur succès, se trouvaient plus souvent réalisées. En effet, le traitement chirurgical du placenta praevia doit être laissé aux hôpitaux et aux cliniques, car il exige des opérateurs exercés, une surveillance particulière, un matériel chirurgical et une asepsie rigoureuse (HOUEL et CABANNES. B.S.O.G.P. nov. 1928).

Si les médecins et les sages-femmes étaient persuadés, d'une part de la gravité de l'insertion basse, d'autre part que les hémorragies des derniers mois de la grossesse, presque uniquement liées à cette complication, exigent l'entrée de la femme à l'hôpital ou à la clinique, un grand nombre de mères, et surtout d'enfants, pourraient être sauvés par la césarienne.

Certes, la césarienne n'est pas toujours réalisable dans les conditions optima. Aussi le mot de « téléphone-auto-césarienne » lancé contre KRONIG et SELLHEIM, dès 1909, fit-il fortune. Cependant avec les progrès actuels, l'aisance relative des masses, l'accroissement du nombre des médecins, les moyens modernes rapides de communication et de transport, nombre de cas, qui auraient pu jadis devenir désespérés, peuvent être maintenant justiciables d'intervention, non plus in extremis, mais dans d'assez bonnes conditions.

Toutefois, si le praticien est forcé par une grosse et subite hémorragie rendant la malade intransportable, il agira avec les moyens obstétricaux. Mais les cas d'hémorragie unique et foudroyante du travail et de la parturition sont rares. Dans l'immense majorité des cas en effet, la femme atteinte d'un placenta praevia a déjà saigné, et il est toujours possible de conduire une femme qui a eu des pertes prémonitoires plus ou moins

répétées, dans une clinique ou un hôpital : là elle sera mise en observation et dans ce milieu spécialement favorable on pourra intervenir à bon escient. Aussi, notre travail a-t-il été effectué, plus dans l'intention de nous persuader de la nécessité de l'expectative armée, que de l'intervention appliquée à de nombreux cas, c'est-à-dire systématique. « Il ne faut pas systématiquement recourir à la césarienne en cas de placenta praevia ; il faut le faire lorsqu'il y a en plus un obstacle à l'accouchement facile, ou en présence d'une rupture utérine ou d'une hémorragie particulièrement grave ». (COUVELAIRE. B.S.O.G.P. mai 1929).

INDICATIONS ET CONDITIONS OPERATOIRES CHOIX DU PROCEDE

Après avoir étudié à propos des procédés chirurgicaux les avantages particuliers à chacun d'eux, voilà maintenant rapidement exposées les différentes raisons d'ordre général qui plaident déjà en cas d'insertion vicieuse, en faveur de l'intervention chirurgicale, ou contre son emploi.

Mais si, dans certains cas bien déterminés, le diagnostic est suffisamment précis pour imposer l'intervention, si les accidents sont assez nets et intenses pour lever toute hésitation, très souvent l'opération ne s'impose pas par la gravité des signes et la discussion est alors possible. Nous avons vu combien nombreux étaient les cas intermédiaires qui posaient ainsi le délicat problème de la thérapeutique du praevia.

Nous allons voir rapidement sur quels éléments on doit alors se baser pour se décider en faveur de l'une ou de l'autre méthode et discuter la valeur de ces différents éléments, en nous appuyant sur les faits que nous avons observés.

« La césarienne n'est pas toujours justifiée pour la mère », dit-on ; aussi, sa pratique systématique est-elle à rejeter comme une faute grave. Il est des cas en effet où l'accouchement spontané est possible, à moins que la simple rupture des membranes suffise. Aussi, BALARD,

pense-t-il « que l'accouchement doit être spontané ou exécuté par voie haute », ce qui nécessite une décision préalable. Mais ainsi, pensons-nous, on a trop de chances d'intervenir inutilement dans beaucoup de cas. Cependant il ne faut pas laisser une malade et son enfant mourir, faute de décision. « C'est pourquoi il faut étendre l'indication des procédés chirurgicaux et ne pas craindre d'enseigner aux médecins et aux sages-femmes, que la césarienne est le traitement de choix et que la conduite à suivre, en face d'une complication de ce genre, sera toujours celle qui nous donnera le plus de grande sécurité de survie, tant pour la mère que pour le fœtus. L'opération césarienne est celle qui se rapproche le plus de cet idéal ». (PERALTA RAMOS et JULIO BAZAN. *Gynec. et Obst.* 1927 XVI).

Malheureusement le choix des cas est souvent subordonné à l'appréciation de l'accoucheur qui se trouve en général dans l'impossibilité de prévoir ou de pronostiquer la gravité des complications qui peuvent survenir, les formes sournoises de placenta praevia ne manquant pas.

Complication passagère d'une grossesse en cours; la dystocie que représente le placenta praevia peut ne pas se reproduire. Aussi faut-il être prudent avant d'instituer un traitement aussi osé qu'une hystérotomie. On peut évidemment répondre qu'à l'heure actuelle on applique la césarienne à beaucoup d'autres accidents passagers de la grossesse, tels que l'éclampsie, la procidence du cordon, les gros enfants, les bassins limites, etc... Aussi concluons-nous : le fait que l'accident n'est que transitoire, tout en augmentant notre réserve vis-à-vis de la chirurgie, ne doit aujourd'hui que légèrement influencer notre décision. On ne doit pas opérer tous les cas de placenta praevia, mais on ne doit pas non plus, sous prétexte de dystocie passagère, craindre d'intervenir.

Il est de nombreuses causes qui poussent l'accoucheur à intervenir. Nous essaierons ici de les classer, en ne citant que les plus importantes. C'est au flair clinique de l'accoucheur à leur accorder leur valeur véritable en chaque circonstance.

Ayant des indications précises et indiscutables, les autres modes d'intervention chirurgicales ne nous retiendront que peu. Ils ont été étudiés dans un chapitre précédent. La césarienne étant la plus discutable dans ses nombreuses et multiples applications fera l'objet du chapitre suivant.

POURQUOI CÉSARISER ?

D'abord parce qu'il y a des *CONDITIONS GÉNÉRALES* qui permettent de pratiquer les interventions avec juste raison. Il faut pour cela :

- que la grossesse soit à terme ou près du terme
- que l'enfant soit vivant ou vraisemblablement viable
- que la femme ne soit pas exsangue ou trop affaiblie
- que l'œuf ne soit pas manifestement infecté ou sous une grave menace d'infection
- la multiparité même peut faire hésiter.

Il y a aussi des *CONDITIONS PARTICULIÈRES* qui sont très nombreuses et ce sont justement elles qui, le plus souvent, emportent la décision de l'accoucheur vers l'acte opératoire. C'est leur recherche qui importe et c'est leur nombre qui prévaut. On doit s'attacher avec minutie à les rechercher toutes.

C'est d'abord : la *Variété d'Insertion Placentaire*. Quel que soit l'âge de la grossesse, et sauf quand la dilatation est complète, on doit toujours intervenir quand l'inser-

tion est centrale. Tous les auteurs, depuis le début de l'application des interventions chirurgicales au placenta praevia, sont d'accord pour reconnaître la nécessité absolue de l'acte opératoire dans les cas d'insertion recouvrante totale, dont nous avons vu les signes antérieurement. Dès que le diagnostic est posé, on doit mettre la femme en surveillance et l'opérer le plus près possible du terme.

Viennent ensuite : le *Caractère et la Gravité des Hémorragies*. Plusieurs cas peuvent se présenter à l'appréciation de l'accoucheur.

On peut avoir affaire à une femme ayant *beaucoup* et *souvent* saigné. En pratiquant la mesure de la tension artérielle et l'examen complet du sang, on s'apercevra que la malade est anémiée et par conséquent compromise. Seule la chirurgie par la césarienne ou l'hystérectomie, sans être pleinement satisfaisante, sauvera par sa rapidité la mère et l'enfant. En effet, ce qui tue, ce n'est pas l'opération mais l'anémie préalable, le choc qui découle de ce fait, et enfin l'infection qui suit souvent. Il est évident et indispensable que ces malades devront subir, si le cas est urgent, le traitement habituel des grandes hémorragies, que TURENNE appelle les « garanties préopératoires », qui sont : la transfusion sanguine, les sérums physiologiques et de Normet, les toniques généraux du cœur et du système nerveux. Aussi, certains accoucheurs ont-ils institué dans leurs services des donneuses de sang (PERALTA RAMOS et LARGIA ESCOBAR B.S.O.G.P. décembre 1928, LELORIER décembre 1928, LEVY-SOLAL novembre 1929). Cinq femmes, parmi les 12 décès attribués aux traitements obstétricaux avaient présenté des hémorragies répétées. La césarienne aurait pu les sauver.

On peut aussi se trouver en présence de la *grande hémorragie brusque* du début du travail. La méthode la

plus sûre devant ce tableau dramatique est bien l'intervention chirurgicale, immédiate et rapide, toujours précédée des garanties préopératoires. Il ne faut rien espérer des méthodes obstétricales dans ce cas. Seul, un acte opératoire rapide a des chances de sauver la mère et l'enfant (Observ. 1568 année 1930). (Observ. 1280 année 1927) et surtout l'observation n° 6986 de 1924. Ces trois décès auraient pu être évité par une intervention chirurgicale.

Enfin, cas beaucoup plus délicat, la malade peut présenter des *hémorragies moyennes souvent répétées*, avec anémie légère, qui sont une menace de nouvelle saignée, dont on ne peut prévoir ni l'abondance ni la durée, et qu'il vaut mieux prévenir chirurgicalement. Ces petites pertes réitérées, quelquefois pendant des semaines, sont l'avant-garde de l'hémorragie qui châtiara l'imprévision ou l'insouciance du clinicien. Si, en médecine il n'y a pas d'hémorragie méprisable, il y en a encore moins en obstétrique et en fait de placenta praevia il faut devancer les hémorragies copieuses et incoercibles. Nombreux sont les accoucheurs qui disent comme DEVRAIGNE « pour nous, le traitement chirurgical doit être réservé au cas où il y a eu plusieurs hémorragies ». Ces femmes anémiées et négligées ne doivent pas faire les frais de nouvelles hémorragies de la délivrance. La reprise de l'hémorragie, au cours de la délivrance étant un facteur qui doit faire souvent pencher vers un traitement chirurgical, mettant à l'abri des surprises causées par des hémorragies souvent mortelles chez ces femmes préalablement anémiées (Observ. n° 8967 année 1925 décédée. 3014 année 1928 vivante).

Dans ces cas intermédiaires et si délicats quant au symptôme hémorragie, c'est le col qui donnera la décision opératoire.

Les éléments tirés de l'état du col, ne sont pas les moindres à considérer et à retenir dans la décision opératoire. Mais, comme pour le cas des hémorragies du 3^e groupe que nous venons d'étudier il y a également ici des intermédiaires où c'est le flair clinique et l'appréciation personnelle de l'accoucheur qui feront appliquer le traitement chirurgical.

Des constatations faites sur le col, *chez une primipare*, comme :

- la présence de lésions cicatricielles ou pathologiques,
- le fait d'être insuffisamment dilatable,
- de rester long et fermé,
- d'être résistant, dur, à peine effacé ou rigide et non élastique,

indiquent formellement la chirurgie chez une primipare, et même chez une multipare. Ces dernières, en effet, si elles ont un col plus dilatable, il n'en est pas moins fragile à cause des lésions qu'il présente plus souvent (cervicites).

Sur 14 décès nous relevons 13 multipares dont 7 âgées.

Chez la multipare il faudra intervenir :

- quand l'hémorragie s'aggrave dès le début du travail
- et quand le travail avance, mais le col ne progresse pas en dilatation.

En somme, chez la multipare, il faut avec une cause de dystocie du col, un autre signe, comme l'hémorragie par exemple, pour entraîner la décision opératoire, laquelle reste malgré tout une question d'appréciation

personnelle, surtout dans les cas aussi délicats que les praevia intermédiaires quant à l'insertion, à l'hémorragie et au col, tels ces cas où la femme a saigné au 7^e, 8^e et 9^e mois d'une façon légère et répétée mais dont l'état s'est conservé bon. Arrivée au terme de la grossesse, la gestante peut se trouver gravement menacée surtout si le col se montre suspect, dur et fermé. Le diagnostic, rendu ainsi hésitant, le pronostic incertain doit être réservé. On est ainsi amené à intervenir avant le travail et l'on doit dans ces cas pratiquer la césarienne prophylactique de BAR (Observ. 3947 série IV, 1932).

En somme, se baser pour intervenir, sur la façon dont la femme saigne et dont se comporte le col.

Les FACTEURS ACCESSOIRES

à l'intervention ont, eux aussi, une grande importance dans le projet ou la décision opératoire. « La chirurgie étant indiquée quand, en plus d'un praevia, il y a un obstacle quelconque ».

En effet, les bassins viciés faisant avec l'insertion basse du placenta sur le segment inférieur une dystocie complète sont justiciables de l'intervention (Observ. 6789 année 1924 présentait un promontoire accessible en plus d'un praevia perçu au toucher).

Les lésions du col, coexistantes ou associées au praevia, forment à elles seules une indication opératoire ; telles par exemple les anomalies cervicales, les lésions cicatricielles du col : sténoses, rigidité, cancers (Observ. 4331 année 1932 avait déjà subi une césarienne vaginale).

Enfin, quand il y a :

diminution de la valeur fonctionnelle de l'utérus ou mauvaise qualité du muscle utérin (vieilles multipares endométritiques),

- primiparité tardive,
- petits fibromes pariétaux ou utérus nettement fibromateux,
- grande multiparité prédisposant aux ruptures (4 grandes multipares font partie des 14 décès de notre statistique),
- contracture utérine déclanchée par un traitement obstétrical rendant atypique la dilatation du col (1 cas de césarienne pour rigidité utérine après la pose d'un ballon, observ. 2474, année 1931). On se trouve dans la nécessité absolue d'intervenir chirurgicalement.

Enfin, on est souvent contraint d'instituer rapidement un traitement chirurgical lorsqu'une méthode obstétricale a échoué dans un cas grave (observ. 1568 année 1930).

Il est jusqu'au volume de l'enfant, (sur 14 décès 7 femmes avaient mis au monde des enfants d'au moins 3 kgs), le désir de la mère d'avoir un enfant, qui comptent aussi dans les différents éléments qui dictent sa conduite à l'accoucheur.

Nous venons de voir la difficulté du diagnostic de l'intervention et les conditions qui la dictent. Ayant étudié *pourquoi* il fallait opérer, nous allons voir *quand* il faut appliquer les méthodes chirurgicales :

A quel moment intervenir pour que l'enfant tire le maximum d'avantages et la mère court le minimum de risques ?

- Dans les cas purs : lorsque l'enfant est vivant et à terme et que les membranes sont intactes, on interviendra avant tout début de travail ; c'est la césarienne prophylactique de

BAR : elle offre le maximum de garanties. (4 fois exécutée avant le travail, et 7 fois au début du travail). Déjà BROUHA, en 1920, disait qu'il fallait se décider pour la chirurgie ou l'obstétrique avant ou au début du travail ; actuellement l'accord est fait sur cette question.

- Pendant le travail, l'indication de la césarienne est dictée par la gravité des événements qui peuvent survenir. Cette césarienne, plus ou moins tardive, est très discutée surtout quand il y a ébauche d'infection. On lui préfère alors souvent un mode plus radical d'intervention : l'hystérectomie (nous avons relevé 4 cas de césarienne en plein travail dont 2 cas en période fébrile, résolus par la suprasymphysaire).
- A dilation très avancée la césarienne ne doit jamais être pratiquée : on lui préférera un mode plus radical d'intervention.

En somme, en dehors des indications formelles (insertion centrale ou centro-partielle, hémorragies abondantes ou répétées, rigidité du col, etc...) il est difficile de faire le diagnostic d'intervention pour les cas limites, nombreux et variés. C'est là le point délicat du traitement chirurgical du placenta praevia.

Tout en ayant cherché à établir, dans la mesure du possible des règles déterminées, nous devons déclarer en définitive que ce sera sur sa longue expérience personnelle, sur des impressions nées de l'observation qu'il a sous les yeux, que l'accoucheur devra se reposer pour trouver sa ligne de conduite.

Telle est la complexité et la délicatesse des indica-

tions du traitement chirurgical dans l'insertion basse du placenta sur le segment inférieur.

En conclusion nous dirons qu'il est nécessaire, pour se mettre dans les meilleures conditions possibles, d'opérer quand une ou plusieurs indications se trouvent réunies, toutes les fois qu'on le peut avant le travail et, si possible, à la « première hémorragie inquiétante ».

Dans les autres cas où la césarienne a été décidée le mieux est de placer la femme sous une surveillance sérieuse, l'opération devant être pratiquée, sauf urgence, le plus près possible du terme, avant ou tout au début du travail. Cette intervention prophylactique réaliserait le traitement idéal.

OBSERVATIONS

cas traités chirurgicalement

ANNEE 1924. Observ. 6.763, série II

M. M... est une multipare de 36 ans, qui entre à la Maternité vers le 8^e mois de sa grossesse parce qu'elle présente des hémorragies intermittentes depuis un mois environ. L'examen montre une présentation du sommet, mais la tête fœtale n'est pas fixée. Les bruits du cœur sont bons. Au toucher on constate un cœur très ramolli. Le segment inférieur n'est pas formé et en introduisant la main dans le cul-de-sac on a la sensation d'une masse matelassée occupant le segment inférieur. On pose le diagnostic de *placenta praevia* bas et l'on décide de pratiquer une intervention césarienne avant tout début de travail. La malade est mise au repos le plus absolu. Quelques jours après, malgré cette prescription, elle fait une petite hémorragie évaluée environ à 100 gr., qui se tarit d'elle-même en quelques instants. Une nouvelle hémorragie se produit environ 15 jours avant le terme, mais cette dernière est tellement plus abondante qu'elle décide le chef de service à intervenir.

Anesthésie générale au chloroforme. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus que l'on isole au moyen de champs, de la cavité péritonéale. Incision antéro-supérieure du muscle et extraction après rompu les membranes d'un enfant de 4 kg 100, en bon état général. On extrait immédiatement après le placenta, les membranes par décollement, et on

suture la plaie utérine au catgut en un plan. Suture de la paroi en deux plans sans drainage, mère et enfant vivants. Suites opératoires excellentes.

ANNEE 1924. Observ. 6.789, série II

G. V... est admise dans la salle des expectantes avec le diagnostic de placenta praevia parce qu'elle a présenté à trois reprises différentes des hémorragies qui se sont produites sans cause bien déterminée. C'est une primipare âgée de 22 ans, qui présente un abdomen volumineux, semblant contenir beaucoup de liquide et dont l'enfant se présente par le sommet en O.I.D.T. La tête fœtale ballote au-dessus du détroit supérieur, bien que la malade soit au 9^e mois de sa grossesse. Le toucher montre une masse volumineuse occupant tout l'orifice cervical, qui est perméable au doigt. On prescrit le repos au lit et une thérapeutique reconstituante, car la malade est quelque peu anémiée.

Quinze jours après son entrée, une forte hémorragie se produit (350 gr. environ). Afin d'éviter d'autres accidents, on décide d'intervenir sur l'heure par voie haute: césarienne classique après laparotomie. L'enfant extrait pèse 2 kg 700, il naît en bonne santé. Suture du muscle utérin, puis de la paroi, sans drainage. Suites opératoires excellentes.

ANNEE 1925. Observ. 9.067, série II

Césarienne corp. class. Sous anesthésie générale à l'éther chez une primipare de 23 ans, ayant présenté des hémorragies dues au placenta praevia pendant le travail.

Entrée à l'hôpital près du terme, sa grossesse ayant évolué normalement. Le lendemain de son admission,

au moment où l'on allait procéder à un examen complet, la malade se met brusquement à perdre du sang (plus d'un demi-litre). On surseoit à cet examen pour éviter que d'autres hémorragies se produisent et on décide, ayant très probablement affaire à une insertion basse du placenta, de pratiquer l'opération césarienne. Quelques jours après on intervient par laparotomie médiane suivie d'extériorisation de l'utérus et de son incision à la partie antéro-supérieure; on extrait en masse, selon le procédé de Fournier, l'enfant, les membranes et le placenta. L'enfant pèse 2 kg 850, il est né bien portant; les suites opératoires sont excellentes.

ANNEE 1927. Observ. 1387, série III

Césarienne corporéale classique pour praevia centropartiel, chez une primipare âgée de 25 ans. Ayant présenté 4 hémorragies en 19 jours; on met cette malade en observation et au repos. Un toucher montre qu'elle est au début du travail (dilatation comme 5 frs) et masse placentaire perçue dans l'aire du col. Après ce toucher, l'hémorragie s'aggravant on pratique la rupture prématurée des membranes qui sont rugueuses et résistantes.

Césarienne corporéale classique pour hémorragie gra-

L'effet attendu ne se produisant pas on décide la césarienne.

Après anesthésie générale à l'éther, la parotomie médiane sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus, incision médiane. Extraction rapide d'un enfant du sexe féminin pesant 3 kg 600. Délivrance manuelle; le placenta est inséré sur la face postérieure du segment inférieur et empiète sur l'orifice cervical dilaté comme 2 fr. Le segment inférieur est tamponné avec une compresse dont l'extrémité inférieure est dans le vagin. Suture de l'utérus et de la paroi en 3 plans. Malgré les soins post-

opératoires habituels l'écoulement sanguin vaginal ne cesse pas. On place des pinces à la façon de Henckel: l'hémorragie s'arrête. L'état d'anémie devenant aigu on pratique une injection intraveineuse de sérum physiologique additionné d'1 milligr. d'adrénaline. On procède à une transfusion sanguine de 300 ccm. cubes et à une injection sous-cutanée de 750 ccm³. de sérum physiologique, huile camphrée, de caféine, de spartéine. On administre 300 ccm³ de sérum physiologique par voie rectale et 1 litre d'oxygène sous-cutané. Quatre heures après le début de l'opération l'état général de la malade qui s'était amélioré redevient inquiétant. Les signes de déficience physiologique réapparaissent. On pratique alors une 2^e transfusion de sang, ainsi que les médications précédentes. L'état général de la malade remonte rapidement. A minuit elle dort calmement.

Le lendemain de l'opération son état est satisfaisant. Les suites opératoires sont bonnes et la malade quitte l'hôpital avec son enfant, 3 semaines après l'opération, et en parfaite santé.

ANNEE 1927. Observ. 1735, série III

ve due à un placenta praevia, chez une 2^e pare, âgée de 25 ans. Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus. Extraction de l'œuf (procédé de Fournier). Délivrance artificielle. Suture de l'utérus en 2 plans au catgut. Réintégration de l'utérus, suture de la paroi en 3 plans, soins post-opératoires. Suites opératoires excellentes ; enfant décédé (2 kgs 900).

ANNEE 1927. Observ. 2.073, série III

Césarienne corporéale classique, primipare de 25 ans. Grossesse au 8^e mois. Placenta praevia. Ayant présenté

5 hémorragies légères dans le mois; on décide d'intervenir.

L'opération est pratiquée avant tout début de travail, anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus, section-médiane. Extraction d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 2 kgs 350. Délivrance artificielle. Suture de l'utérus en 3 plans. Réintégration. Suture de la paroi en 4 plans. Deux heures après l'opération hémorragie abondante. On renouvelle ergotine soins post-opératoire habituels.

La malade décède 3 jours après l'opération par péritonite ultra-septique. Enfant vivant.

ANNEE 1930. *Observ. 232, série IV*

Césarienne vaginale, chez une 2^e pare, au 5^e mois de sa grossesse, ayant présenté des hémorragies graves. Au toucher, utérus dur, contracturé, en ante-version. col perméable à 2 doigts. Ecoulement sanguin suintant et continu. Au bout de 48 heures de travail et après rupture de la poche des eaux (syncope) l'utérus devient dur et douloureux. On décide d'intervenir.

La partie inférieure de l'utérus est distendue en coupole. On incise la lèvre antérieure sur une longueur de 5 cm., qui donne accès sur l'œuf et l'on découvre un placenta inséré en avant. On le décolle, et les doigts n'arrivant pas à sa limite, on passe au travers de sa masse. Ecoulement d'un flot de liquide amniotique sous pression. On extrait l'enfant le premier; suivent les membranes et le placenta. La déchirure utérine n'a pas gagné sensiblement vers le haut. Les tranches de section cervicale saignant assez abondamment on suture le col par 3 points au catgut. Bonnes suites opératoires, enfant décédé.

ANNEE 1930. Observ. 1.568, série IV

Placenta praevia. Hémorragies au cours du travail. Simpson partiel. Hémorragie, pincées de Henckel. Hystérectomie. Décédée.

(Cf. *Observation 1.568. Décès trait. obst. p. 58*).

ANNEE 1931. Observ. 1.652, série IV

Césarienne supra-symphysaire pour praevia chez une 7^e pare, âgée de 42 ans. Au 5^e mois de la grossesse actuelle la malade présente des douleurs bilatérales dans les fosses iliaques; elles semblaient se localiser aux annexes de l'utérus et furent suivies de l'expulsion de caillots, dont le volume total égalera celui d'une tête de nouveau-né. Aux 7^e et 8^e mois, nouvelles pertes sanguines. Une hémorragie importante décide de l'accouchement par voie haute. On pratique une césarienne supra-symphysaire qui s'exécute sans incidents et vérifie le diagnostic posé. Mère et enfant vivants.

ANNEE 1931. Observ. 2.352, série IV

Césarienne corporeale classique pour praevia centro-partiel, suivie d'une hystérectomie subtotale, chez une indigène 4^e pare, de 23 ans. Entrée à l'hôpital à la suite d'une hémorragie importante cette femme présente, en plus d'un état d'anémie, une A.I. dorso-postérieure. Un toucher révèle une dilatation comme 5 francs et un placenta centro-partiel, donnant le signe du matelas de Gendrin. M. le professeur Laffont décide d'intervenir par voie haute.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, pour présentation de l'épaule coexistante avec un placenta praevia, n'ayant saigné que depuis le

début du travail. Extériorisation de l'utérus, incision du fond, extraction facile d'un enfant du sexe féminin de 2 kg 300, extraction du placenta par expression du segment inférieur, membranes très adhérentes. Aucune hémorragie, rétraction du corps utérin parfaite.

Hystérectomie subtotale, avec conservation de l'ovaire droit, dont on ménage soigneusement l'irrigation; suture segmentaire après avoir placé une mèche iodée que l'on retira dès la fin de l'opération par le vagin. Péritonisation régulière, suture en 3 plans sans drainage. Bonnes suites opératoires. Enfant décédée 14 jours après.

ANNEE 1931. *Observ. 2474, série IV*

Césarienne supra-symphysaire, sous anesthésie rachidienne, pour placenta praevia chez une primipare de 32 ans. A eu de nombreuses pertes de sang qui cèdent au repos. Une forte hémorragie l'oblige à rentrer à l'hôpital où un toucher pratiqué à son entrée le 19 juillet révèle un col très haut, perméable à un doigt. Le cul-de-sac antérieur semble comblé par une masse peu consistante sans limites définies. Le 5 août, après les premières douleurs du travail il n'y a aucune tendance à l'engagement de la tête qui reste très haute au D.S. On place un ballon vaginal et on injecte une ampoule de gynergène. Tension artérielle 15×10 . Quinze heures après l'utérus est très dur. On donne de la morphine et du sédol. La contracture diminue pour se durcir à nouveau, malgré la morphine administrée à nouveau. Devant la nécessité d'extraire l'enfant sans plus attendre et prévoyant les grandes difficultés d'une intervention par voie basse, on décide de pratiquer une césarienne supra-symphysaire.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. L'utérus paraît tendu. On distingue nettement le segment inférieur soulevé par la tête fœtale non engagée.

On éprouve quelques difficultés à l'extraire: 3 prises de forceps; accouchements successifs et difficiles des 2 épaules. Délivrance artificielle difficile. L'utérus est vide de liquide amniotique. Placenta inséré sur la face postérieure du segment inférieur, son extrémité proche du col est déjà décollée, le reste adhère fortement à l'utérus. Ecouvillonnage, iodage, suture de la paroi utérine, puis suture en hamac du péritoine utérin qui isole la plaie utérine du reste de la cavité péritonéale. On place une mèche au contact de la plaie utérine, on suture la paroi en 3 plans. Enfant de 4 kg 700 décédé.

ANNEE 1931. Observ. 2.872, série IV

Césarienne supra-symphysaire chez une 9^e pare, âgée de 15 ans, présentant un praevia avec hydramnios. Un toucher, pratiqué à l'entrée, révèle un engagement non réalisé, un col déscend, mou, perméable à un doigt, segment inférieur non formé. Entrée le 10 octobre parce qu'à la suite d'un toucher elle perdit une grosse quantité de sang. Elle est dyspnéique, souffre de l'hypocondre et a les chevilles enflées. Ventre volumineux, donnant la sensation de flots et de glaçons; pouls à 120, matité basse droite, réflexe hépato-jugulaire. Depuis son entrée à l'hôpital, pertes moins abondantes, mais continues. Devant cet état on décide la césarienne.

Anesthésie rachidienne à la scurocaïne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'incision le segment inférieur paraît distendu. Incision transversale du péritoine. Large décollement aisé. Incision longitudinale du segment inférieur. On tombe sur un placenta nettement praevia, on incise: il sort un flot de liquide amniotique teinté de méconium. On modèle l'issue du liquide, qui est très abondant. Extraction du siège, Mauriceau sur tête dernière. Délivrance artificielle. Nettoyage de la

cavité utérine à la compresse iodée. Suture de l'incision utérine par série de points séparés. Enfouissement par 2^e série de points en U sur le segment inférieur. On solidarise le péritoine du segment inférieur au péritoine pariétal. Fermeture de la mèche péritonéale, haut. Points séparés sur l'aponévrose des droits, sauf au niveau de l'incision du segment inférieur sur laquelle on place une mèche. Crin sur la peau. Enfant décédé, mère vivante.

ANNEE 1931. Observ. 3.020, série IV

Césarienne supra symphysaire chez une paludéenne, 2^e gest. primipare, 39 ans, ayant été opérée en 1930 pour une grossesse extra-utérine (ablation d'une trompe et d'un ovaire). La grossesse en cours est âgée de 7 mois. Hémorragies et accès paludéens se sont succédés. Le dernier toucher, provoque la 5^e hémorragie; on décide d'intervenir:

Anesthésie générale à l'éther, incision des segments du péritoine et de l'utérus suivant le mode de HIRST-PHANOEU. On extrait un enfant du sexe masculin se présentant par le siège. Le placenta est inséré sur la face postérieure du segment inférieur et empiète sur la face interne du col. La délivrance présente quelques difficultés du fait d'adhérences très marquées du placenta, sous la traction l'utérus s'inverse, on pratique le clivage de l'arrière-faix à la compresse, on nettoie la région cervicale utérine à l'iode. On ferme l'utérus par une suture en 2 plans. Péritonisation en redingote. Fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage. Sérum physiologique, ergotine, huile camphrée. Sérum de Normet intraveineux et ouabaïne. Transfusion sanguine. Entrée le 10 novembre, elle fut opérée le 11 décembre. Le 12 décembre un abcès de la paroi donna, après incision, issue à

un verre de pus. Le 21 décembre signes légers de phlébite. Sortie après guérison le 23 janvier. Enfant prématuré 2 kg 300, mort 17 jours après sa naissance.

ANNEE 1932. Observ. 3944, série IV

Césarienne supra-symphysaire sous anesthésie à l'éther pour praevia au 7^e mois, chez une 2^e gest., âgée de 37 ans. A son entrée à l'hôpital (30 avril) elle présentait au toucher un col ramolli non dilaté. Segment inférieur non formé. Présentation haute du sommet. Restée en observation à l'hôpital elle présenta 4 hémorragies en 1 mois. Le 9 mai, après une hémorragie, un toucher révèle un pôle fœtal, qui se présente et entre lui et le doigt une grosse épaisseur. On décide d'intervenir.

Incision sous-ombilicale, décollement du péritoine, incision longitudinale du segment inférieur, placenta inséré en avant qui saigne abondamment. Extraction d'un enfant vivant de 1.870 gr. du sexe féminin, en le saisissant par le cou en le pousse et l'index. Suture en redingote du péritoine après fermeture au catgut et par points séparés du segment inférieur. Fermeture de la paroi en 3 plans. Le 9 mai au soir l'opérée présente des signes d'hémorragie interne. Devant cet état syncopal on pense à faire une transfusion lorsque tout rentre dans l'ordre. Mère et enfant vivants.

ANNEE 1932. Observ. 3947, série IV

Troisième pare, 39 ans, septième mois de sa grossesse, ayant présenté une hémorragie très abondante, la poche des eaux étant rompue depuis trois jours. Dans ces antécédents hémorragies ayant nécessité 4 curetages, hémorragies qui cessèrent après traitement au radium. Un

toucher pratiqué révèle une dilatation comme 2 franes et un placenta perceptible. Une hémorragie suit. Malgré l'état d'anémie de la malade et craignant une hémorragie foudroyante on décide d'intervenir par césarienne supra-symphysaire après anesthésie à l'éther. Après ouverture de la paroi le péritoine viscéral apparaît extrêmement épaissi et présente certaines difficultés lors de son décollement d'avec le muscle utérin. On incise le segment inférieur sur une longueur de 8 cm. Après ponction de la poche des eaux on retire un enfant vivant du sexe masculin. On pratique la délivrance artificielle les membranes étant adhérentes à la cavité utérine. Ecouvillonnage et iodage de la cavité utérine et l'on suture par deux rangs de points. On place une mèche sous le lambeau vésical et l'on referme la paroi en trois plans. Mère vivante, enfant décédé (1.200 gr.).

ANNEE 1932. Observ. 4331, série IV

Césarienne haute sous rachianesthésie chez une femme de 29 ans, 2^e pare, ayant présenté dans ses antécédents de nombreuses fausses couches. Elle a subi une césarienne vaginale en 1930 au 7^e mois. Actuellement elle présente les signes caractéristiques de placenta praevia, sa grossesse est au 7^e mois et une procidence du cordon force à intervenir.

Laparotomie sus et sous-ombilicale. On est frappé de l'épaisseur du muscle utérin (4 centimètres). On extrait un enfant vivant qui est aussitôt mis en couveuse. On pratique la délivrance artificielle du placenta qui s'insère jusqu'au niveau de l'orifice interne du col. Une fois les membranes extraites, la muqueuse utérine apparaît malade (endométrite). Ecouvillonnage, iodage de la cavité utérine que l'on suture par un plan de points séparés perforants et par un plan superficiel de points en

U. On pratique la stérilisation par le procédé de Madelener et on ferme la paroi en 3 plans. Mère en enfants vivants.

ANNEE 1932. Observ. 4354, série IV

8^e pare âgée de 42 ans, dans le 9^e mois de sa grossesse, entrant à l'hôpital pour présentation de l'épaule et hémorragie. Cette femme avait eu plusieurs pertes de sang durant sa grossesse. Un toucher révèle un col dilatable à 5 frs. Entrée le 27 août, on verticalise le fœtus et l'on maintient la présentation par un serre-corps. Le placenta occupe la moitié de l'orifice cervical. On pratique une césarienne supra-symphysaire, on extrait le placenta rapidement et aisément ainsi qu'un enfant du sexe féminin du poids de 3 kgs 200 se présentant par le siège, sous rachianesthésie.

En raison de l'impureté du cas (39°) on péritonise en redingote incomplètement en insinuant 2 mèches de Mikulicz sous le péritoine. On pratique ensuite la stérilisation selon le mode de Madelener et l'on referme la paroi en 3 plans. Mère et enfant vivantes.

ANNEE 1932. Observ. 4673, série IV

Césarienne supra-symphysaire sous rachianesthésie. Primipare âgée de 25 ans, ayant présenté 2 hémorragies au dernier mois de sa grossesse. Le 1^{er} octobre une importante hémorragie se déclare et après 24 heures de travail le col est dilaté comme 2 frs, l'orifice cervical est occupé par les cotylédons, les bruits du cœur fœtal s'accélèrent et s'assourdissent.

On pratique une césarienne supra-symphysaire sur segment inférieur bien formé. On tombe sur la masse

placentaire que l'on effondre rapidement au doigt. On extrait un enfant à l'état de mort apparente et l'on pratique la délivrance artificielle. Ecouvillonnage, iodage, et fermeture en 2 plans.

Devant l'impureté du cas, tempér. 38°6, et la longueur du travail, on ne pratique pas la péritonisation en redingote, on suture le péritoine viscéral au pariétal. On place une mèche de Mickulicz et l'on referme la paroi incomplètement en 3 plans. Sérum de Normet, huile camphrée, etc... Mère et enfant vivants.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Du nombre assez limité d'observations de placenta praevia recueillies et étudiées, du petit nombre des cas opérés, nous ne pouvons pas conclure d'une façon définitive et certaine. Mais cependant, nous pensons qu'il faut étendre et élargir le cadre du traitement chirurgical de l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur.

La nécessité et l'utilité de cette pratique ne sont pas douteuses pour nous, et cependant notre travail a été effectué, plus dans l'intention de nous persuader de la nécessité de l'expectative armée en face de tous cas de praevia, fut-il bénin en apparence, que de l'intervention appliquée à de nombreux cas, c'est-à-dire systématique.

Toute femme gravide, chez qui on aura fait le diagnostic de placenta bas situé, doit être transférée à un service clinique où l'on puisse sans retard appliquer le traitement convenable au syndrome qui se présente.

Nous avons étudié, à propos de chacun d'eux, les indications des procédés obstétricaux. Nous les réserverons aux variétés des placenta praevia éloignés de l'orifice interne du col, et, en particulier, aux cas où l'évolution avancée du travail rend possible une terminaison sans traumatisme cervical, placentaire ou fœtal.

Plus sûrs, moins aveugles que les procédés obstétricaux, les procédés chirurgicaux sont d'autant plus indiqués qu'on ne peut prévoir la gravité des accidents qui peuvent survenir en cas de placenta praevia. Ce serait d'ailleurs une erreur capitale que d'opposer ces

deux traitements qui se complètent et ont chacun leurs indications limitées.

La césarienne supra-symphysaire, qui sera notre préférée parmi les méthodes chirurgicales, est de valeur au moins égale aux procédés obstétricaux pour la mère et est indiscutablement meilleure pour l'enfant. Contre-indiquée quand la dilatabilité du col est satisfaisante et permet de faire une rapide intervention par voie basse ou quand l'enfant est trop compromis, la césarienne segmentaire constitue dans la majorité des cas graves ou suspects le traitement de choix qu'il ne faut pas hésiter à appliquer.

Les conclusions auxquelles nous sommes arrivés sont les suivantes :

Lorsque, en raison de l'anémie consécutive aux hémorragies qui persistent, on est obligé d'intervenir *au cours de la gestation*, ce qui est exceptionnel, les procédés chirurgicaux doivent être préférés aux procédés anciens de provocation de l'accouchement, quelle que soit la variété de l'insertion surtout si l'enfant est vivant ou viable.

Pour poser les indications thérapeutiques *au cours du travail*, on devra se baser :

- sur un diagnostic exact de la variété d'insertion placentaire (placenta dans l'aire du col);
- sur les circonstances cliniques générales et locales (degré d'anémie, caractère des hémorragies: unique et grande, petites et répétées; parité, degré d'infection, valeur fonctionnelle de l'utérus, c'est-à-dire puissance contractile

du corps utérin et aptitude du col à subir la dilatation).

Dans les variétés latérales et dans un certain nombre de cas de variétés marginales le traitement de choix reste la simple rupture large des membranes, associée ou non à une autre méthode obstétricale d'accouchement, surtout si l'on a affaire à une multipare à col dilaté ou dilatable.

Pour certaines variétés marginales et pour toutes les variétés recouvrantes, l'évacuation chirurgicale de l'utérus avant ou tout au début du travail, doit être en principe préférée au traitement obstétrical (ballon version bi-polaire Delmas) surtout quand l'enfant est vivant ou viable et que la femme souffre ou que son état est susceptible d'aggravation.

Toutes les fois que la valeur fonctionnelle de l'utérus est altérée soit primitivement (lésions cervicales et corporeales, fibromes, sclérose des parois, etc...) soit secondairement (contracture consécutive à l'application d'un ballon ou à l'exécution d'une version bi-polaire) l'évacuation chirurgicale de l'utérus est indispensable et constitue la thérapeutique de choix.

La technique de l'intervention est subordonnée aux conditions cliniques générales et locales. On pourra quelquefois pratiquer une césarienne corporeale (cas très purs) et, le plus souvent, une supra-symphysaire de préférence (cas suspects) avec ou sans drainage. Mais dans beaucoup de cas il faudra se résoudre à pratiquer une hystérectomie, à moins que l'on ne préfère une extériorisation temporaire de l'utérus, lorsque, avant ou au cours de l'opération, la conservation de l'utérus paraît impossible sans trop de risques (cas infectés).

La gravité des hémorragies survenant pendant la période de la délivrance, et spécialement la gravité de celles qui peuvent suivre l'expulsion du placenta, doit faire tenir le plus souvent comme inefficace ou insuffisant, voire même dangereux, le tamponnement intra-utérin. Une hystérectomie pratiquée si possible après injection de sérum, ou mieux après transfusion de sang, peut sauver des malades dont l'état est en apparence désespéré.

Ainsi nous pensons que le traitement chirurgical conviendra :

GOMME MÉTHODE DE CHOIX

quand le diagnostic d'insertion centrale ou para-centrale est posé, avant ou tout au début du travail, les membranes étant intactes, la dilatation nulle ;

quand on se trouve en face d'hémorragies répétées et persistantes et d'un col peu élastique ou pas dilatable ;

quand on a affaire à une primipare présentant des signes très nets de placenta praevia, avec un fœtus que l'on soupçonne d'être gros ;

enfin, si en plus du praevia, il y a un obstacle quelconque : bassin, muscle utérin, fœtus, col, âge de la mère, parité, etc., etc., etc.

La méthode idéale serait l'intervention prophylactique avant le travail, la femme étant à terme, n'ayant pas trop saigné, l'enfant vivant, l'infection absente.

COMME PROCÉDÉ D'URGENCE

lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorragie extrêmement abondante au début du travail, quelque soit l'âge de la grossesse, l'état de la malade s'étant conservé bon ;

lorsque la mère est en danger, du fait de la grande anémie qui surviendra par la répétition des pertes sanguines ;

enfin, seule la chirurgie est capable de sauver la mère avant que l'infection des voies génitales ait dépassé l'utérus.

Dans l'état actuel des choses, si nous avons à poser une indication opératoire dans les différents cas de *placenta praevia* susceptibles d'intervention, nous réservons :

Aux cas purs, la césarienne classique, ou mieux, la césarienne supra-symphysaire ;

Aux cas suspects, la césarienne supra-symphysaire avec ou sans drainage ;

Aux cas peu infectés, la césarienne supra-symphysaire avec drainage,
ou la césarienne supra-symphysaire suivie d'extériorisation ;

Aux cas très infectés, la césarienne supra-symphysaire suivie d'extériorisation ou d'hystérectomie, ou mieux :

l'hystérectomie en vase clos.

VU : *le Doyen,*

E. LEBLANC.

Le président de la thèse,

A. LAFFONT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Alger, le 21 juin 1933

Le Recteur,

E. HARDY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT ET ESTIENNY. — *B.S.O.G.P.*, novembre 1929.
- R. BATTLE. — Etude critique des symptômes, du diagnostic et du traitement du placenta praevia. *Montpellier (Médical, 15 juin 1932.)*
- BALARD. — La césarienne dans le traitement des hémorragies du placenta praevia. (*Rev. Gynéc. et Obst. février 1930.*)
- BUCSAN. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical et obstétrical des hémorragies par insertion basse du placenta sur le segment inférieur. (*Thèse Paris 1928, inspirée de Couvelaire.*)
- BICHARAT. — Contribution à l'étude du procédé de Delmas. (*Thèse Montpellier 1930.*)
- BOCQUEL. — Sur les conditions actuelles du traitement du placenta praevia. (15 déc. 1928, *Liège Médical.*)
- BROUHA. — Traitement chirurgical du placenta praevia. (*Liège Médical, 15 mars 1931.*)
- COLL DE CARRERAS. — Traitement obstétrical du placenta praevia. (*B.S.O.G.P.*, mai 1929. *Gynéc. et Obst. XX, n° 5, nov. 1929.*)
- COUINAUD. — Conduite à tenir dans le placenta praevia. (*Science Médicale n° 8, année 1926.*)
- CABANES ET HOUEL. — Indications de la césarienne. (*B.S.O.G.P.*, 17, 838-840, nov. 1928).

- COUVELAIRE. — Traitement des hémorragies de l'insertion basse du placenta sur le segment inférieur. (*Prat. Médicale Française*, 12, p. 443-456, décemb. 1931).
- DELMAS. — Un an de pratique d'évacuation extemporanée. (*B.S.O.G.P.*, avril 1929).
- DESOUBRY. — Les interventions chirurgicales dans le traitement du placenta praevia. (*Thèse Paris* 1925, inspirée de Brindeau).
- ESCALE. — Des incisions du col en obstétrique. (*Lec. clin. Tarnier* 1925).
- FAVREAU. — Placenta praevia et opération césarienne. (*Vie Médicale de Paris*, n° 6 1925).
- FAURE. — Hystérectomie totale et subtotal. (*Lec. clin. Tarnier* 1930).
- GREENHILL. — Statistique. (*B.S.O.G.P.*, nov. 1930. Extraits (*Gynéc. et Obst.*, janvier 1931)).
- GELLE. — La césarienne supra-symphysaire. (*Thèse Lille* 1930, dû à l'obligeance des Fichiers du Monde Médical).
- GAUTHERET. — La place de l'hystérectomie dans le placenta praevia. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, sept. 1931).
- GINGLINGER ET TASSOVATZ. — La césarienne dans la thérapeutique du placenta praevia. (*Rev. Franç. Gynéc. et Obst.*, juin 1929).
- GUENIOT ET COHEN DELORO. — A propos du Delmas. (Statistique Lariboisière. *La Médecine*, avril 1931).
- GINGLINGER ET PINSAN. — Vingt-et-une observations d'opérations de Delmas. (*Gynéc. et Obst.*, XXII 1930).

- HENRIOT. — Contribution à l'étude de la supra-symphysaire. (*Thèse Paris 1927 inspirée de Couvelaire*).
- HOUEL ET JAHIER. — A propos de trois cas de placenta praevia traités selon Simpson. (*S.O.G. Alger XIV*, p. 457-460, *févr.* 1925). — Un cas de placenta praevia avec présentation de l'épaule, traité par césarienne. (*B.S.O.G.P.* 18, *nov.* 1929).
- HENRIET. — Le traitement du placenta praevia par l'évacuation extemporanée de l'utérus. (*Gazette des Hôpitaux*, *sept.* 1930, p. 1.263).
- JAVNOZON. — Placenta praevia et rachianesthésie. (*Thèse Paris 1931*).
- JEANNIN. — Le placenta praevia. (*Concours médical 1924*, p. 2.905). — Comment on doit traiter actuellement le plac. praevia. (*Journal des Accouchements* n° 6, *juin* 1931).
- KOUWER. — *Gynécologie et Obstétrique* : mars 1930. — Procédé de césarienne haute.
- KREISS. — Deux cas de placenta praevia reflexa. (*Gynéc. et Obst.*, août 1928, n° 18, p. 136-153). — Etude du segment inférieur. Césarienne supra-symph.
- LEVY-SOLAL. — (*Presse Médicale* 1929). — La transfusion du sang.
- LAFFONT ET JAHIER. — (*B.S.O.G.P.*, mars 1929 et oct. 1929) A propos du Delmas.
- LAFFONT ET SESINI. — Rachianesthésie dans la plac. praevia. (*B.S.O.G.P.*, *juin* 1930).
- LAFFONT ET LARRIBERE. — Hémostase par procédé de Henckel modifié. (*B.S.O.G.P.*, *nov.* 1928; *extrait de thèse Schebat, Alger 1931*).

LEQUEUX. — Existe-t-il un traitement chirurgical du placenta praevia ? (*Lec. Clin., Tarnier 1925*).

MAGOS. — Césarienne supra-symphysaire dans le plac. praevia. (*Bruxelles Médical, juillet 1931*). Dû à l'obligeance des Fichiers du Monde Médic.).

PAUNZ. — *La gynécologie, sept 1929*). — Technique opérative de césarienne.

PERALTA RAMOS ET JULIO BAZAN. — *Gynécol. et Obst., juillet 1927*). — La césarienne supra-symphysaire dans le trait. du plac. praevia.

PERALTA RAMOS ET JULIO BAZAN. — *Gynécol. et Obst., juillet 1927*). — La transfusion dans le placenta praevia.

RIBADEAU-DUMAS. — Débiles et prématurés. (*Lec. clin., Tarnier 1925*).

SUREAU. — (*Thèse Paris 1927*). — Opération de Portes.

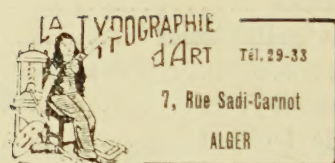
TURENNE. — Trait. chirurg. de l'insert. basse du placenta. (*Gynéc. et Obst. XXII, oct. 1930*).

VANVERTS. — Remarques concernant le traitement du plac. praevia. (*Echo Médic. du Nord, oct. 1931*; dû à l'obligeance des Fichiers du Monde médical).

LAFFONT ET FULCONIS. — Résultats des traitements du plac. praevia de 1920 à 1923. (*Soc. Obst. et Gyn., Alger, juin 1923*).

Tables des matières

INTRODUCTION	13
LE PLACENTA PRAEVIA	17
LES PROCÉDÉS OBSTÉTRICAUX	27
Tamponnement	29
Déchirure des membranes.....	30
Ballon	32
Braxton-Hicks	34
Dilatations artificielles	36
Simpson	37
Accouchement forcé	38
Procédé de Delmas.....	40
CRITIQUE GÉNÉRALE DES MÉTHODES OBSTÉTRICALES.	43
EXPOSÉ DE 13 OBSERVATIONS DE CAS DE DÉCÈS APRÈS THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE	51
LES PROCÉDÉS CHIRURGICAUX	61
La Césarienne corporeale classique.....	61
La césarienne supra-symphysaire.....	68
La césarienne vaginale et incisions du col.	76
L'Hystérectomie	78
L'opération de Portes.....	81
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	83
INDICATIONS ET CONDITIONS OPÉRATOIRES	90
EXPOSÉ DE 16 CAS TRAITÉS CHIRURGICALEMENT.....	103
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	115



7, Rue Sadi-Carnot

ALGER

